

Cosa fare se la mia vita non è più degna di essere vissuta?

GIUSEPPE R. GRISTINA

Medico anestesista rianimatore.

Pervenuto il 18 settembre 2019.

È un uomo di mezza età, portatore di un carcinoma metastatico.

Ha una pessima qualità di vita a causa di un dolore ormai persistente che gli impedisce anche di dormire.

Quando riesce a strappare qualche ora di sonno, scopre che poi il dolore gli rende quasi impossibile alzarsi dal letto.

Ha provato di tutto (oppioidi, radioterapia, agopuntura, cannabis), con un sollievo scarso e di breve durata.

Ora non sa più cosa fare, si sente frustrato e il dolore fisico, che non gli dà tregua, si è caricato anche di una forte componente esistenziale. Ha ammesso di pensare sempre più spesso al suicidio.

Gli ho posto tre domande: "Ha un piano? Ha i mezzi? Ha già pensato a una data?".

Ha risposto sì alle prime due e no alla terza, ma – ha aggiunto – solo per la forte responsabilità che sente verso i familiari. "Non sono pronti, hanno ancora bisogno di me per il negozio e per molte altre cose".

Ha descritto il suo piano senza emozione nella voce, e mentre lo ascoltavo balenavano nella mia fantasia le immagini di lui e di chi l'avrebbe trovato.

Nonostante il mio tentativo di non sembrare sorpreso della sua confidenza, deve aver colto lo sconcerto nel mio sguardo perché ha cambiato argomento dopo avermi rassicurato che non si sarebbe suicidato, almeno non nel prossimo futuro.

È seguito da uno psicologo e ha un appuntamento con un ennesimo specialista del dolore.

Quando tornerò a visitarlo spero di ritrovarlo, ma non ne sono sicuro.

Riassunto. Nella cultura dei Paesi occidentali il suicidio rimane un argomento tabù. Mentre alcuni fattori di rischio sono ben noti, i nessi tra malattie non trasmissibili (malattie terminali cronico-degenerative - MTCD) e suicidio sono stati fino a ora scarsamente esplorati. Per contro, l'aumento progressivo del numero degli Stati che approvano l'eutanasia (E) e il suicidio medicalmente assistito (SMA) e il crescente favore dell'opinione pubblica renderebbe invece necessario uno studio approfondito del problema. Le cure palliative (CP) costituiscono un valido strumento per contrastare l'ideazione suicidaria, ma molte persone cronicamente malate scelgono comunque di accelerare la morte tramite E o SMA. Nei Paesi occidentali dove E e SMA non sono legalizzati, è iniziato dal 2001 un fenomeno definito "turismo del suicidio" verso la Svizzera poiché questo Stato garantisce il SMA anche agli stranieri. Un paziente italiano, affetto da una gravissima disabilità post-traumatica (dj Fabo), ha recentemente intrapreso questo ultimo viaggio ed è morto il 27 febbraio 2017 in Svizzera seguendo la procedura del SMA. Un membro del partito radicale (Marco Cappato) che ha accompagnato il paziente si è poi autodenunciato per violazione dell'art. 580 del codice penale. In data 24 ottobre 2018 la Corte costituzionale italiana ha dichiarato che il divieto assoluto di SMA previsto dall'art. 580 del codice penale presenta profili di incostituzionalità in specifiche condizioni quali una malattia terminale che causa sofferenza fisica e/o psicologica insopportabile, accompagnata da una dipendenza dai supporti vitali pur in una condizione di mantenuta capacità di comprendere e decidere consapevolmente (ordinanza n. 207/2018). La Corte ha inizialmente chiesto al Parlamento di legiferare in proposito prima di pronunciarsi sull'incostituzionalità dell'art. 580. Il Parlamento non ha finora approvato una legge sul SMA, quindi sarà la Corte a decidere nella seduta del 24 settembre 2019. Tenendo conto del contenuto dell'ordinanza n. 207/2018, giuristi e medici, riuniti in un gruppo di lavoro, hanno deciso di aprire una discussione interdisciplinare sulle questioni relative al SMA, elaborando il documento Aiuto Medico a Morire e Diritto: per la Costruzione di un Dibattito Pubblico Plurale e Consapevole con lo scopo di contribuire al dibattito pubblico.

What if my life is not worth living?

Summary. In the culture of the Western countries suicide remains a taboo subject. Some of the risk factors for suicide are known, but the connections between non-communicable conditions (chronic-degenerative terminal diseases - CDTD) and suicide have been poorly explored until now. In contrast, the increasing legalization and public support for euthanasia (E) and physician assisted suicide (PAS) in Western countries make it important to understand this topic. Palliative care (PC) is a useful measure to counteract suicidal ideation, but many chronically sick people chose nevertheless to hasten death through E or PAS. In Western countries, where E and PAS are not legalized, "suicide tourism" started from 2001 towards Switzerland. This is the case of an Italian patient suffering from a severe post-traumatic disability. He recently died through PAS in that country supported by a member of radical party who then incriminated himself, declaring he helped the patient reach Switzerland (in Italy violation of Criminal Code Art. 580). In October 24, 2018 the Italian Constitutional Court held that the absolute ban on assisted suicide provided for in Art. 580 of the Italian Criminal Code is unconstitutional under some conditions such as a terminal illness causing physical and/or psychological unbearable suffering, matched with a dependency on life supports on one hand and the capacity to make decisions on the other (ordinance n. 207/2018). The Court has initially asked Parliament to pass legislation before ruling on unconstitutionality of Art. 580. The Parliament has not passed a law on assisted suicide to date, then the Court will decide on September 24, 2019. Taking into account the substance of the ordinance n. 207/2018, legal scholars and physicians, pooled in a Working Group, decided to open an interdisciplinary discussion on the physician assisted suicide issues drawing up the document Aiuto Medico a Morire e Diritto: per la Costruzione di un Dibattito Pubblico Plurale e Consapevole aimed to contribute to the public debate.

«It is difficult to get the news from poems,
but men die miserably every day
for lack of what is found there»
"Asphodel, that greeny flower"

William Carlos Williams, 1962

Il 24 ottobre 2018, la Corte costituzionale, a seguito del processo intentato a Marco Cappato per il reato di agevolazione al suicidio di Fabiano Antoniani (dj Fabo), ha riconosciuto, nell'ordinanza n. 207/2018, alcuni profili di incostituzionalità nel divieto di aiuto al suicidio previsto all'art. 580 del codice penale. In presenza di situazioni di malattia grave e/o invalidità severa, come quelle in cui versava dj Fabo, la Corte osserva che l'attuale assetto normativo riguardante il tema della fine della vita lascia «prive di adeguata tutela determinate situazioni costituzionalmente meritevoli di protezione da bilanciare con altri beni costituzionalmente rilevanti». Così, secondo la Corte, l'aiuto a morire «può presentarsi al malato come l'unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare».

La Corte ha concesso un anno di tempo al Parlamento per intervenire ma a tutt'oggi quest'ultimo non ha adottato alcuna disciplina dell'aiuto al suicidio. La Corte si troverà quindi, il 24 settembre 2019, per deliberare in merito.

Al fine di incoraggiare una riflessione di tutte le parti interessate su questi temi, ampia, approfondita e rispettosa, giuristi e medici hanno deciso di formare un gruppo di lavoro (Gruppo di Lavoro in Materia di Aiuto Medico al Morire) che affrontasse le questioni sollevate dall'ordinanza 207 della Corte. Le conclusioni scaturite dalla riflessione comune sono state raccolte nel documento "Aiuto Medico a Morire e Diritto: per la Costruzione di un Dibattito Pubblico Plurale e Consapevole"¹. Il documento, che offre una lettura costituzionalmente orientata e scientificamente fondata delle problematiche che si pongono nelle fasi finali della vita, contiene alcune proposte operative e viene offerto alla discussione pubblica con lo scopo di favorire la comprensione delle ragioni, di verificare le diverse posizioni e le giustificazioni, di analizzare gli aspetti giuridici e medici che sono al centro del tema.

Il suicidio rimane un argomento tabù nella cultura dei Paesi occidentali, pur costituendo un rilevante problema di salute pubblica in tutto il mondo.

Questo approccio, fondato per secoli su uno stigma morale e utilizzato in numerosi ambiti quali la filosofia, la religione, la politica, il diritto, la medicina e le scienze comportamentali, tende a negare il problema, nascondendo una parte notevole delle informazioni e precludendo un'analisi adeguata delle cause. Peraltro, la società moderna è riluttante a sentir parlare del suicidio, tranne quando i media, in modo scandalistico, diffondono la notizia che una celebrità si è tolta la vita.

Alcuni dei fattori di rischio – distribuzione per sesso ed età, determinanti socioeconomici e malattie

mentali – sono ben noti², ma i rapporti tra condizioni non trasmissibili (malattie terminali cronico-degenerative - MTCD) e suicidio sono stati fino a ora scarsamente esplorati.

Al contrario, la diffusa tendenza alla legalizzazione dell'eutanasia (E) e del suicidio medicalmente assistito (SMA) (definizioni ufficiali in tabella 1) in Europa e negli USA, il crescente consenso pubblico alle due pratiche, in particolare in Europa occidentale, e l'aumento della richiesta di E e SMA da parte di malati in condizioni terminali, esigono una approfondita disamina di questo argomento³.

D'altra parte, in tutti i Paesi in cui E e SMA sono legalizzati, le diverse leggi obbligano a dichiarare la diagnosi, lo stadio della malattia, i sintomi specifici alla base della richiesta, mentre le neoplasie, con o senza dolore incontrollabile, rappresentano la condizione più frequente (70%-80% dei casi) nelle statistiche di tutti i Paesi³.

Le cure palliative (CP) costituiscono un'efficace misura per la corretta gestione dei sintomi e un valido aiuto per contrastare l'ideazione suicidaria, ma i risultati degli studi condotti negli Stati Uniti e in Europa mostrano che molte richieste di SMA sono pervenute alle commissioni di valutazione da malati già residenti in hospice. Proprio questo dato conferma che la determinazione a morire è il risultato di un processo multifattoriale che, partendo dalla malattia e dall'invalidità, culmina nella disperazione, difficilmente distinguibile dalla depressione. Questa, a sua volta, costituisce la co-morbilità più frequentemente riscontrabile in caso di MTCD⁴⁻⁷.

Nei Paesi occidentali dove l'E e il SMA non sono legalizzati, il suicidio di pazienti affetti da MTCD rappresenta all'incirca il 20% di tutti i casi⁸, e poiché la Svizzera consente anche agli stranieri di usufruire della procedura di SMA sul suo territorio, dal 2001 si è andato sviluppando verso quello Stato un cosiddetto "turismo del suicidio" che, a oggi ha interessato complessivamente 2550 casi dei quali 45% dalla Germania, 15% dall'Inghilterra, 5% dall'Italia⁹. È interessante notare che l'Inghilterra costituisce, secondo le statistiche internazionali, il Paese europeo con la migliore qualità e la maggior diffusione sul territorio delle CP¹⁰.

La presenza di un team medico-infermieristico è, in generale, ritenuta necessaria¹¹.

Tabella 1. Definizioni di eutanasia e suicidio assistito.

Eutanasia	Uccisione intenzionale di colui o colei che ne fa volontaria e consapevole richiesta, da parte di un medico o altra persona competente, tramite la somministrazione di farmaci.
Suicidio assistito	Aiuto intenzionale a terminare la propria vita fornito da una persona a un'altra che ne fa volontaria e consapevole richiesta – quando la persona che fornisce l'assistenza è un medico si parla di <i>suicidio medicalmente assistito</i> .

Il medico rappresenta l'unica figura professionale in grado di valutare l'appropriatezza della richiesta tramite la valutazione dei necessari requisiti³ e, in caso positivo, di prescrivere il farmaco. Nella fase di attuazione della procedura la presenza del medico è altrettanto rilevante per la verifica del suo corretto svolgimento, incluso il controllo degli adeguati dosaggi in rapporto al sicuro ottenimento del risultato cercato, e anche al fine di evitare complicazioni e effetti collaterali imprevisi. Al termine della procedura, la figura del medico gioca un ruolo essenziale sia per la eventuale presa in carico dei familiari^{11,12} sia per assicurare l'opportuno ruolo di garanzia nei confronti delle amministrazioni sanitarie e dell'autorità giudiziaria tramite le necessarie certificazioni.

Tuttavia, i sondaggi più recenti che valutano l'atteggiamento dei medici nei confronti dell'E e del SMA mostrano un apprezzamento minore da parte dei medici per E e SMA rispetto all'opinione pubblica, però con una propensione per il SMA rispetto alla E¹³⁻¹⁶. Risultati simili sono stati riportati in Australia e in quei Paesi europei dove né E né SMA sono stati legalizzati^{17,18}. Questo è facilmente comprensibile se si considera che in caso di E la morte del paziente deriva da un coinvolgimento diretto e attivo del medico, mentre nel SMA il medico, pur essendo ugualmente coinvolto, non svolge un ruolo attivo.

I principali fattori associati al rifiuto di E e SMA sono stati identificati nel credo religioso e/o nei principi dell'etica medica, come ribadito in documenti elaborati da associazioni mediche nazionali e internazionali¹⁹⁻²¹. La disponibilità ad aiutare a morire in modo diretto (E) o indiretto (PAS) la persona malata che lo ha richiesto è infatti legata al criterio etico (deontologico o principialista) che il medico adotta nella pratica della professione e nella relazione medico-paziente.

In un'ottica deontologista prevarrà la regola "do not hasten death" e l'obiezione di coscienza fornirà ai medici le opportune garanzie. L'obiezione di coscienza non dovrebbe però essere praticata come una scelta comportamentale passiva di fronte a un processo di morte inutilmente prolungato e sofferto che alcuni malati chiedono di abbreviare quando la prognosi è infausta.

Al contrario, l'obiezione di coscienza dovrebbe essere un'opportunità per esplorare la sofferenza del paziente e dei suoi familiari, discutendo tutte le opzioni utili ad affrontare con un trattamento efficace l'ansia, il delirio e tutti i sintomi fisici che caratterizzano la parte finale della vita.

In questo modo, l'obiezione di coscienza potrebbe essere recepita come un mezzo di promozione attiva della migliore qualità delle cure²².

In una prospettiva invece principialista, il rispetto dell'autonomia e dell'autodeterminazione del malato guiderà le scelte del medico nel suo migliore interesse. È qui rilevante sottolineare che una posizione morale che giustifichi, sia a livello professionale che legislativo, il SMA ma non l'E, implicherà necessariamente una discriminazione tra i malati in grado

di agire e quelli che invece, a causa della loro malattia, pur volendo accedere alla prassi del SMA, saranno impediti a farlo.

In questo senso, il documento Aiuto Medico a Morire e Diritto «pone su un piano di pari tutela le persone malate in grado di attivare autonomamente il processo letale, le persone che non possono farlo per una incapacità fisica, e quelle che, allo stesso scopo, richiedono l'attività di terzi»¹. Pertanto il tema del SMA implica inevitabilmente la necessità di affrontare anche il tema dell'E.

A tale proposito è importante rilevare che se la Corte sancisse l'incostituzionalità, a determinate condizioni, dell'art. 580 c.p., e la Federazione Nazionale degli Ordini (FNOMCeO), in risposta, ritenesse di non modificare il contenuto dell'art. 17 del codice deontologico²³, i medici finirebbero per lasciare prive di tutela condizioni considerate meritevoli di protezione da parte del diritto. In tal modo il Codice deontologico stesso sarebbe posto al di fuori dei confini costituzionali e privato di rilevanza giurisprudenziale e normativa²⁴.

In conclusione, la persona che chiede aiuto al medico per mettere fine alla propria vita pone una domanda. La risposta non può essere individuale, deve trovare le sue motivazioni in una rinnovata cultura del diritto e della medicina in grado di vincere l'emarginazione e la solitudine che la malattia genera.

Conflitto di interessi: GRG ha fatto parte del Gruppo di Lavoro in Materia di Aiuto Medico al Morire e ha partecipato alla riflessione prima e alla stesura poi del documento: "Aiuto Medico a Morire e Diritto: per la Costruzione di un Dibattito Pubblico Plurale e Consapevole".

Bibliografia

1. Gruppo di Lavoro in Materia di Aiuto Medico al Morire. Aiuto Medico a Morire e Diritto: per la Costruzione di un Dibattito Pubblico Plurale e Consapevole. *Recenti Prog Med* 2019; <https://bit.ly/1YyJS7d>
2. WHO. Suicide data (2017). <https://bit.ly/2AWkcLz> (ultimo accesso settembre 2019).
3. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA* 2016; 316: 79-90.
4. Oregon Public Health Division. Oregon Death with Dignity Act Annual Reports, 1998-2015. <https://bit.ly/2kKqAlb> 1999-2016 (ultimo accesso settembre 2019).
5. Washington State Department of Health. Death With Dignity Act Reports, 2009-2015. <https://bit.ly/2lRjoE9> 2010-2016 (ultimo accesso settembre 2019).
6. Chambaere K, Vander Stichele R, Mortier F, Cohen J, Deliens L. Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium. *N Engl J Med* 2015; 372: 1179-81.
7. Brinkman-Stoppelenburg A, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A. Involvement of supportive care professionals in patient care in the last month of life. *Support Care Cancer* 2015; 23: 2899-906.
8. WHO. Suicide rate estimates by country (2017). <https://bit.ly/2wSw0vD> (ultimo accesso settembre 2019).
9. D'Amico B. Come funziona il suicidio assistito in Svizzera e quanti italiani l'hanno scelto *La Stampa* 28.02.2017. <https://bit.ly/2lNJCas> (ultimo accesso settembre 2019).

10. The Economist. Intelligence Unit. With paper quality of death index 2015: ranking palliative care across the world. <https://bit.ly/2z5qZmd> (ultimo accesso settembre 2019).
11. Groenewoud JH, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, van der Maas PJ, van der Wal G. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. *N Engl J Med* 2000; 342: 551-6.
12. Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, de Jong-Krul GJ, van Delden JJ, van der Heide A. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet* 2012; 380: 908-15.
13. Lee W, Price A, Rayner L, Hotopf M. Survey of doctors' opinions of the legalization of physician assisted suicide. *BMC Med Ethics* 2009; 10: 2-12.
14. Colbert JA, Schulte J, Adler JN. Clinical decisions: physician-assisted suicide: polling results. *N Engl J Med* 2013; 369: e15.
15. Rich P. Physician perspective on end-of-life issues fully aired. <https://bit.ly/2lSbgmG> 2014 (ultimo accesso settembre 2019).
16. Kouwenhoven PS, Raijmakers NJ, van Delden JJ, et al. Opinions of health care professionals and the public after eight years of euthanasia legislation in the Netherlands: a mixed methods approach. *Palliat Med* 2013; 27: 273-80.
17. Löfmark R, Nilstun T, Cartwright C, et al.; EURELD Consortium. Physicians' experiences with end-of-life decision-making: survey in 6 European countries and Australia. *BMC Med* 2008; 6: 4-12.
18. McCormack R, Clifford M, Conroy M. Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician-assisted suicide: a systematic literature review. *Palliat Med* 2012; 26: 23-33.
19. World Medical Association. WMA Resolution on Euthanasia. Adopted by the 53rd WMA General Assembly, Washington, DC, USA, October 2002 and reaffirmed with minor revision by the 194th WMA Council Session, Bali, Indonesia, April 2013. <https://bit.ly/2uPCIDa> (ultimo accesso settembre 2019).
20. European Council of Medical Orders. Principles of European Medical Ethics adopted on 6 January 1987, Appendix of the Principles adopted on 6 February 1995. <https://bit.ly/2kNX0uZ> (ultimo accesso settembre 2019).
21. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). Codice di deontologia medica. 18 maggio 2014. Modificato in data 19 maggio 2016, 16 dicembre 2016, 15 dicembre 2017. <https://bit.ly/2lNQ3QC> (ultimo accesso settembre 2019).
22. White DB, Brody B. Would accommodating some conscientious objections by physicians promote quality in medical care? *JAMA* 2011; 305: 1804-5.
23. FNOMCeO. Protocollo N. 4979/2019 del 22.03.2019. <https://bit.ly/2UoBMBf> (ultimo accesso settembre 2019).
24. Pulice E. Deontologia medica e diritto tra convergenze e antinomie. Modelli comparati e nuove sfide nelle scelte di fine vita. *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2019; 21: 188-95.

Aiuto medico a morire e diritto: per la costruzione di un dibattito pubblico plurale e consapevole

Documento di sintesi del gruppo di lavoro in materia di aiuto medico al morire*

GRUPPO DI LAVORO IN MATERIA DI AIUTO MEDICO AL MORIRE**

Riassunto. Il 24 ottobre 2018, la Corte costituzionale ha riconosciuto come il divieto assoluto di aiuto al suicidio, previsto all'art. 580 del codice penale, presenti alcuni profili di illegittimità. Da un lato, la disposizione è «funzionale alla protezione di interessi meritevoli di tutela da parte dell'ordinamento» (p. 6), come il bene della vita e la protezione delle persone più deboli e vulnerabili. Dall'altro, in presenza di situazioni specifiche come quelle in cui versava dj Fabo, l'aiuto a morire «può presentarsi al malato come l'unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare» (p. 8). La Corte in particolare, indica quattro condizioni concrete in presenza delle quali il divieto assoluto di aiuto a morire pone problemi di incostituzionalità. Si tratta dei casi in cui la persona sia «(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». Di fronte a tale situazione, il divieto assoluto di aiuto al suicidio «costringe il paziente a subire un processo più lento, in ipotesi meno corrispondente alla propria visione della dignità nel morire e più carico di sofferenze per le persone che gli sono care» (p. 8). Consapevole della portata complessiva delle proprie considerazioni e dei valori in gioco, la Corte ha, tuttavia, deciso di non dichiarare subito l'incostituzionalità dell'art. 580 cp., ma di rinviare la trattazione delle questioni di legittimità costituzionale all'udienza del 24 settembre 2019. In questo modo, i giudici hanno invitato il Parlamento, in una logica di leale e dialettica collaborazione, a intervenire su una materia posta all'incrocio «di valori di primario rilievo, il cui compiuto bilanciamento presuppone, in via diretta e immediata, scelte che anzitutto il legislatore è abilitato a compiere» (p. 11). Com'è noto, il Parlamento non ha adottato alcuna disciplina dell'aiuto al suicidio; la Corte si ritroverà, quindi, all'udienza del 24 settembre a decidere come intervenire su una normativa già espressamente riconosciuta «non conforme a Costituzione» (p. 11). A fronte di tale situazione, e nel solco di quanto sostenuto dalla Corte, nel dicembre del 2018, gli autori di questo documento, accademici e professionisti esperti di tali tematiche, hanno deciso di avviare un percorso di riflessione sulle principali questioni giuridiche del fine-vita. Partendo dall'ordinanza ma non limitandosi ad essa, il gruppo di lavoro si è riunito con cadenza mensile presso l'Università di Trento, con il sostegno del progetto Jean Monnet BioTell, affrontando e approfondendo i numerosi snodi critici dell'ordinanza della Corte costituzionale e dell'eventuale intervento delle Camere. I risultati di tali riflessioni sono stati quindi raccolti ed elaborati, insieme ad alcune proposte operative, nel documento, che offre una lettura costituzionalmente orientata e scientificamente fondata delle problematiche che si pongono nelle fasi finali dell'esistenza. Si è voluto così dare un contributo al dibattito pubblico auspicato dalla Corte; dibattito che, accompagnando le scelte che verranno fatte nelle diverse sedi istituzionali coinvolte, dovrà essere quanto più consapevole e plurale possibile.

Medical assistance to die and law.

Summary. On October 24, 2018 the Italian Constitutional Court held that the absolute ban on assisted suicide provided for by Art. 580 of the Italian criminal code is unconstitutional under certain conditions. On the one hand, this Article «serves the purpose of protecting interests that are worthy of protection by the legal system» (p. 6), such as life and the protection of weak and vulnerable people. On the other hand, in specific situations like the one in the DJ Fabo's case, the assistance to die «may seem to the sick person to be the only way out of being kept alive by artificial methods that are no longer desired, and which he or she has the right to refuse» (p. 8). In particular the Court has set four conditions under which the absolute prohibition of suicide assistance can turn to be unconstitutional, and namely in those cases in which «assisted persons are (a) affected by an illness that is incurable and (b) causes physical or psychological suffering, which they find absolutely intolerable, and who are (c) kept alive by means of life support treatments, but remain (d) capable of making free and informed decisions» (p. 8). In such a situation the absolute ban on suicide assistance obliges the patient to «undergo a slower process, in a scenario that corresponds less well to the patient's vision of a dignified death and which is marked by more pain and suffering for the people close to the patient» (p. 9). Being aware of the impact and scope of its remarks and of the values at stake, the Court decided not to immediately declare the unconstitutionality of art. 580 of the criminal code, but rather to postpone the official discussion of the questions of constitutionality to the hearing on September 24, 2019. In a «collaborative» and «dialogical» perspective, the Court thus called upon the Parliament to regulate a subject which is at the «intersection between values of primary importance, the balancing of which presupposes, in a direct and immediate way, choices that the legislator is, first of all, authorized to make» (p. 11). As already known, the Parliament has not passed a law on assisted suicide so far; the Court will therefore decide at the hearing on September 24 how to amend what has already defined as a «unconstitutional regulatory scheme» (p. 11). Against this background and considering the reasoning of the Court in December 2018, the Authors of this Document – legal scholars and professionals with long-standing experience in these topics – decided to open an interdisciplinary discussion on the main legal end-of-life issues. Starting from the Order but without limiting the analysis to it, the Working Group met on a monthly basis at the University of Trento and with the support of the Jean Monnet BioTell Project, addressing and studying in depth the large number of tricky issues raised by the Order of the Constitutional Court and linked to a possible Parliament decision. The results of these discussions have been gathered and developed in the Document together with some operational proposals, offering a «constitutionally oriented» and scientific grounded understanding of end-of-life issues. The Working Group thus aimed to contribute to the public debate suggested by the Court, which must be truly informed and plural due to the impact on institutional choices.

Inquadramento del lavoro

OBBIETTIVO

Questo documento vuole offrire un inquadramento delle principali questioni giuridiche relative alla legalizzazione, in determinate condizioni, dell'aiuto medico a morire. Tale terminologia, *aiuto medico a morire*, risponde alla scelta di riferirsi sia all'assistenza al suicidio sia all'eutanasia.

L'ordinanza n. 207 del 2018 della Corte costituzionale, configurando una innovativa ipotesi di "incostituzionalità prospettata" della norma che punisce in termini assoluti e incondizionati il reato di aiuto al suicidio (art. 580 codice penale), ha ritenuto appropriato un intervento del Parlamento teso a dare una compiuta disciplina al bilanciamento dei diversi interessi e dei valori coinvolti. Al momento della stesura di questo documento, risultano depositati alle Camere cinque disegni di legge. Alcuni di essi riprendono posizioni già riconosciute sia dalla giurisprudenza costituzionale sia dalla legge n. 219 del 2017, prospettandone un forte ridimensionamento. Altri, invece, aprono tanto all'assistenza al suicidio, in cui l'atto diretto a provocare la morte è materialmente compiuto dal malato, quanto alla cosiddetta eutanasia, in cui la procedura è svolta da un terzo.

Su queste basi, pur senza entrare nel merito delle singole proposte e a prescindere dalla eventuale approvazione di una di esse, il presente documento vuole contribuire al dibattito pubblico, offrendo un inquadramento delle principali questioni giuridiche relative alla legalizzazione, in determinate condizioni, dell'aiuto medico a morire. Nell'affrontare la tematica, si è deciso di non limitarsi all'oggetto dell'ordinanza n. 207 del 2018 della Corte costituzionale (agevolazione al suicidio ai sensi dell'art. 580 del codice penale), ma, in linea con alcuni dei progetti di legge citati, di proporre un quadro più ampio dei principali profili giuridici coinvolti dalla richiesta da parte di persone malate e sofferenti di essere assistite nel porre termine alla propria vita. La terminologia adottata, *aiuto medico a morire*, risponde, quindi, alla scelta di riferirsi sia all'assistenza al suicidio sia all'eutanasia.

PRINCIPI BASE

Alla base del documento vi sono i principi personalista, pluralista e di eguaglianza.

Il gruppo di lavoro ha ritenuto di porre alla base del documento i principi personalista, pluralista e di eguaglianza, i quali vengono enunciati sin dagli articoli d'esordio della nostra Costituzione e poi declinati nel dettaglio in tutta la sua prima parte.

I principi personalista e pluralista: l'autodeterminazione

Nello Stato costituzionale di diritto non sono le libertà personali, ma le rispettive limitazioni a dover essere giustificate. La regola di fondo è costituita dal rispetto della libera scelta della persona sulla propria esistenza. Lo Stato si limita a imporre obblighi e divieti per tutelare gli interessi della collettività, di terzi o della stessa persona quando versi in una condizione di vulnerabilità che impedisca la formazione di una sua volontà consapevole e autentica.

Negli Stati costituzionali di diritto, caratterizzati dalla forma di stato di derivazione liberale, i diritti di libertà costituiscono il punto di partenza dell'ordinamento, mentre sono le rispettive limitazioni a dover trovare una ragionevole giustificazione. In questo senso, la regola di fondo è costituita dal rispetto della libera scelta della persona sulle questioni relative alla propria esistenza. Lo Stato si limita a imporre obblighi e divieti in funzione della tutela degli interessi della collettività, di terzi o della stessa persona laddove essa si trovi in una situazione di vulnerabilità che impedisca la formazione di una sua volontà consapevole e autentica. In questa prospettiva, dunque, si ammette la coesistenza di posizioni plurali e diverse, frutto dell'esercizio differenziato degli stessi diritti di libertà, rifuggendo così da ogni autoritaria "tirannia dei valori".

La proficua interazione tra i principi personalista e pluralista persegue, insomma, lo scopo di far democraticamente coesistere diverse visioni del mondo e altrettante concezioni di vita, legittimando, sin dove possibile, il libero esercizio dell'autodeterminazione individuale. Da qui la necessità che le leggi in generale, e specialmente quelle che incidono più profondamente sui corpi e le intime convinzioni dei singoli, perseguano una loro "mitezza", tracciando il confine del consentito, ma senza ostacolare le scelte che più caratterizzano la personalità di ciascuno.

In riferimento all'assistenza al suicidio, così, il gruppo di lavoro ha condiviso la logica seguita dalla Corte costituzionale nella citata ordinanza n. 207, che fonda l'incostituzionalità dell'art. 580 c.p. anche sul mancato rispetto della libertà di autodeterminazione della persona malata. Il cuore della posizione della Corte costituzionale sta, infatti, nel richiamo al diritto di ogni persona all'autodeterminazione, il cui rispetto deriva dalla pari dignità che va riconosciuta a ciascun essere umano.

Pare al gruppo di lavoro difficile ammettere che nel più delicato dei momenti della vita, quello dell'approssimarsi della morte, l'autorità dello Stato o l'imposizione della società, fosse pure in una sua parte maggioritaria, si sostituisca alla libertà della persona. Tuttavia, sia la ricostruzione della nozione di autodeterminazione, sia, ancor più, l'accertamento della sua manifestazione concreta in ciascuna delle diverse vicende che segnano il termine dell'esistenza umana costituiscono operazioni tutt'altro che semplici. Ogni atto di volontà è frutto di una de-

liberazione che tiene conto di molte e contrastanti spinte della più varia natura di cui, forse, nemmeno l'interessato è pienamente consapevole.

Inoltre, la ricostruzione e la valutazione delle ragioni della scelta di un'altra persona sono operazioni estremamente complesse. Se la decisione di metter fine alla propria vita deve essere libera, consapevole ed espressa da parte di una persona capace, l'accertamento della libertà della decisione di morire e della richiesta di essere in ciò aiutato deve essere quanto più possibile oggetto di attenzione e cautela. Esso richiede l'opera di specialisti di diversa formazione, anche psicologica e sociale.

Il gruppo di lavoro è consapevole che l'intervento normativo dovrà prevedere procedure rigorose di accertamento della volontà dell'interessato, non solo per escluderne aspetti patologici, ma altresì per costruire un dialogo che prospetti, per quanto possibile, anche altre concrete vie di uscita (dalle cure palliative a interventi di sostegno psicologico e sociale). L'esercizio di una decisione libera, infatti, presuppone che tutte le possibili alternative, non solo di natura medica, siano efficacemente proposte al soggetto. Anche là dove le alternative esistano, esse potranno comunque essere rifiutate, ma una loro considerazione garantirà di avvicinarsi quanto più possibile ad una autentica libertà e genuina autodecisione.

L'eguaglianza

Sono poste su un piano di pari tutela: (a) le persone malate in grado di attivare autonomamente il processo letale; (b) le persone che non possono farlo per una incapacità fisica; (c) le persone che, allo stesso scopo, richiedono l'attività di terzi. Si esclude il diritto all'aiuto medico a morire per motivi non legati a una malattia che provochi sofferenza.

La considerazione del principio di eguaglianza, nelle forme di non discriminazione, ragionevolezza e proporzionalità, ha condotto il gruppo di lavoro a ritenere che gli spazi di libertà da riconoscere alla persona non potessero limitarsi alla fattispecie oggetto dell'ordinanza (agevolazione al suicidio), ma dovessero estendersi anche a situazioni meritevoli di analoga tutela. Senza giungere a considerare il diritto all'aiuto medico a morire per motivi meramente essenziali, non legati cioè ad una malattia grave fonte di sofferenze psico-fisiche, il documento pone su un piano di pari tutela le persone malate che possono suicidarsi autonomamente, quelle che, per motivi legati, ad esempio, a una incapacità fisica (paralisi totale come per Piergiorgio Welby), non potrebbero provvedere direttamente ad attivare il processo letale e quelle che, allo stesso scopo, richiedono l'attività di terzi. Continuare a ritenere punibile chi onora la volontà di morire anche di questi malati è considerato dal gruppo di lavoro una opzione irragionevole, foriera di una discriminazione per motivi (fisici o di volontà) irrilevanti.

Affrontando le classiche obiezioni relative alla inficiata certezza delle situazioni giuridiche e al tradizionale argomento della cd. "china scivolosa" (in base alle quali i soggetti vulnerabili si troverebbero esposti a rischi di abuso e le richieste di aiuto a morire diverrebbero difficilmente controllabili), il gruppo di lavoro ha ritenuto opportuno proporre una procedura fondata su presupposti definiti e uniformi, strutturata in passaggi che ne garantiscano la trasparenza e la valutabilità e governata, insieme, dalla consapevole volontà del richiedente e dall'apporto professionale del personale sanitario.

SULLA CAPACITÀ FISICA DI ATTUARE DECISIONI LIBERE E CONSAPEVOLI

Limitare l'aiuto al suicidio ai soggetti che sono fisicamente in grado di attuarlo, significa escludere coloro che, per motivi accidentali, non possono attuare autonomamente la propria volontà.

In ogni riflessione sulle scelte di fine vita, la questione della capacità della persona assume un ruolo cruciale. Limitare l'indagine all'aiuto al suicidio, circoscrivendone la portata alla sola condizione del soggetto che è perfettamente in grado di attuarlo, significa impedire a un'ampia platea di persone la possibilità di ottenere una morte che esse ritengono dignitosa. Resterebbero esclusi, infatti, tutti coloro ai quali non è sufficiente il solo aiuto al suicidio perché non possono attuare autonomamente la propria volontà. In questi casi, si ritiene che il problema della capacità non possa costituire un elemento di discriminazione a priori. Infatti, escludere i soggetti che non sono in grado di attuare la propria volontà per ragioni fisiche dalla possibilità di giungere a realizzare una scelta di fine vita significherebbe attuare una discriminazione contraria al diritto. All'incapacità fisica neanche gli stereotipi classici del diritto civile hanno mai attribuito importanza: è sempre stato posto in rilievo, persino nella manualistica tradizionale, che l'incapacità fisica non può rappresentare in alcun modo una condizione restrittiva per il godimento e l'esercizio dei diritti e delle libertà fondamentali della persona.

UNA NUOVA TAPPA DI UN PERCORSO GIÀ TRACCIATO

Un percorso etico e giuridico di rispetto crescente per l'autodeterminazione personale si è avviato grazie ai progressi della medicina, della tecnologia e del sentire sociale. Si ritiene che, mediante idonee procedure, sia possibile modificare l'assetto normativo nella direzione di una maggiore considerazione dell'autonomia personale nelle fasi finali della propria esistenza, evitando al contempo possibili abusi.

Come riconosciuto anche dalla ordinanza n. 207, i progressi della scienza medica e della tecnologia,

affiancati dall'evoluzione del sentire sociale, hanno da tempo dato avvio ad un percorso etico e giuridico di rispetto crescente per l'autodeterminazione personale. Tale percorso si è fatto spazio anche nella giurisprudenza (di merito e di legittimità) e nella legislazione, oltre che nella dimensione deontologico-professionale. Il rifiuto e la rinuncia ai trattamenti sono stati così riconosciuti come beni tutelati da veri e propri diritti di natura costituzionale, anche laddove la conseguenza dell'interruzione delle cure porti inevitabilmente alla morte.

La non punibilità di chi aiuti direttamente a morire una persona malata si pone come ulteriore tappa di tale percorso; tappa su cui però sussistono ancora molte resistenze e su cui è necessario procedere con attenzione. Come detto, ad esempio, occorre garantire, mediante idonee procedure, che la persona possa maturare ed esprimere consapevolmente e liberamente la sua volontà in ordine alla fine della propria vita.

I componenti del gruppo di lavoro sono convinti che in tal modo sia possibile modificare l'assetto normativo, evitando possibili abusi, nella direzione di una maggiore rilevanza dell'autonomia personale nelle fasi finali della propria esistenza. Tuttavia, il valore centrale che assume il rispetto dell'autodeterminazione della persona – pur con il riconoscimento dei citati profili problematici di accertamento, che richiedono specifica attenzione da parte del legislatore – non conduce necessariamente ad esaurire ogni considerazione nella sola volontà espressa dal soggetto. Gli esempi offerti dal diritto comparato e il tenore del dibattito che accompagna il problema di cui si discute indicano l'opportunità di unire al rigoroso accertamento della volontà libera e consapevole della persona la definizione di una serie di condizioni rispetto alle quali pare ragionevole che lo Stato risponda, con le sue strutture, alla richiesta di aiuto medico a morire. Già le procedure di accertamento della volontà della persona, con la discussione di possibili alternative che escludano la morte, portano all'opportunità di prevedere alcuni limiti. Inoltre, l'inquadramento dell'aiuto medico a morire a cura dello Stato in un'area definita, che consideri la gravità della situazione in cui il soggetto è venuto a trovarsi e che egli sente insopportabile, risponde a un'esigenza di certezza, che, pur non assoluta, dev'essere propria di ciò che riguarda la rilevanza penale delle condotte personali.

Su queste basi, nell'ambito del dibattito in corso, il gruppo di lavoro offre alla discussione i seguenti argomenti e le seguenti possibili soluzioni.

I requisiti

I REQUISITI PER ACCEDERE ALL'AUTO MEDICO A MORIRE

Si precisa che l'aiuto medico a morire è condizionato a (a) un grave e irreversibile stato patologico accertato, (b) un intollerabile stato di sofferenza fisica e/o psicologica, (c) una volontà autentica.

Il gruppo di lavoro ritiene che per accedere all'aiuto medico a morire sia necessaria la concomitante presenza di tre condizioni:

- a. un grave e irreversibile stato patologico accertato;
- b. un intollerabile stato di sofferenza fisica e/o psicologica;
- c. una volontà autentica.

Si propone quindi un modello che condizioni l'aiuto medico a morire non solo ad una volontà consapevole, ma anche alla sussistenza di uno stato patologico fonte di sofferenze.

Malattia e sofferenza fisica o psicologica

Riguardo alle condizioni legate a malattia e sofferenza, si propone la seguente definizione: «Presenza di un grave traumatismo o di una grave e inguaribile malattia in atto o di loro esiti o di una associazione delle predette situazioni, da cui derivano un'irreversibile perdita attuale o imminente delle capacità funzionali e una persistente sofferenza fisica o psicologica intollerabile per la persona, refrattaria agli appropriati trattamenti terapeutici accettabili dalla stessa».

L'analisi del diritto comparato in merito alla sussistenza di uno stato patologico fonte di sofferenze quale condizione per accedere all'aiuto medico a morire offre una pluralità di soluzioni.

Due i principali paradigmi normativi: (i) modello oggettivo, che dispone la necessaria qualificazione dello stato patologico come terminale (alcuni Stati degli USA, Stato di Vittoria in Australia in cui si richiede una malattia con un'aspettativa di vita calcolata in circa 6 mesi, ad esempio); (ii) modello soggettivo, che dispone una condizione di sofferenza determinata dallo stato patologico, senza prospettive di miglioramento e percepita dalla persona come insopportabile (Olanda e Svizzera, ad esempio).

Vi è poi un ampio spettro di esperienze intermedie.

In Belgio e Lussemburgo la legislazione presuppone la presenza di una situazione clinica a prognosi infausta, connotata da sofferenza fisica o psichica costante e insopportabile che non possa essere alleviata e che sia stata determinata da una affezione accidentale o patologica grave ed incurabile.

In Canada è richiesta una condizione clinica grave e inguaribile, caratterizzata da uno stato avanzato di irreversibile declino, da sofferenza fisica o psichica considerata dal malato intollerabile e che non può essere alleviata con mezzi che siano accettati dallo stesso, dalla ragionevole previsione di morte naturale, senza che vi debba essere una previsione precisa sui tempi.

Risulta interessante, per lo specifico profilo trattato, la disciplina del codice penale spagnolo, il cui art. 143 prevede per il reato di istigazione e ausilio al suicidio un trattamento sanzionatorio meno severo in relazione ad alcune pratiche di omicidio del con-

senziente. In tale disposizione, il riferimento va alla malattia grave e inguaribile, da intendersi come «alterazione del normale funzionamento dell'organismo umano che comprende menomazioni dell'integrità con effetti funzionali e disabilità di qualsiasi genere». Il legislatore, quindi, non ha previsto che la patologia si trovi allo stadio terminale, ma unicamente che provochi la morte entro un lasso di tempo che, tuttavia, non è determinato.

Anche su queste basi, il gruppo di lavoro propone la seguente formulazione al fine di regolare la condizione di malattia e sofferenza e permettere al richiedente di accedere alla procedura di aiuto medico a morire:

«Presenza di un grave traumatismo o di una grave e inguaribile malattia in atto o di loro esiti o di una associazione delle predette situazioni, da cui derivano un'irreversibile perdita attuale o imminente delle capacità funzionali e una persistente sofferenza fisica o psicologica intollerabile per la persona, refrattaria agli appropriati trattamenti terapeutici accettabili dalla stessa».

La capacità di prendere decisioni libere e consapevoli

Si supera la classica nozione di capacità di intendere e volere a favore di una «capacità di prendere decisioni libere e consapevoli».

Nel percorso seguito dall'ordinanza della Corte si fa riferimento alla «capacità di prendere decisioni libere e consapevoli» come fondamento della scelta della persona di richiedere aiuto al suicidio. Pare significativo che non siano state utilizzate le categorie classiche della capacità legale di agire e della capacità di intendere e di volere: sotto questo profilo, l'ordinanza sembra fare una scelta diversa da quella adottata dalla legge n. 219 del 2017, ancora legata alla classica visione della capacità/incapacità legale di agire nella formulazione dell'art. 3, dettato per regolare la condizione del minore, dell'interdetto, dell'inabilitato o della persona sottoposta ad amministrazione di sostegno.

L'esigenza di confrontarsi con il requisito posto dalla Corte in termini di «capacità di prendere decisioni libere e consapevoli» come fondamento della scelta della persona di richiedere aiuto al suicidio pone, quindi, un duplice problema. Occorre superare il vecchio istituto della capacità legale, al quale l'art. 580 c.p. fa chiaro riferimento. Ma si deve probabilmente escludere anche il ricorso all'altrettanto superata concezione di capacità/incapacità di intendere e di volere, altro stereotipo che l'ordinanza della Corte pare ignorare. In tal senso la «capacità di prendere decisioni libere e consapevoli» – nella modulazione che la lega alla competenza effettiva del soggetto – assume i connotati di una valutazione globale della situazione complessiva in cui versa la persona in relazione alla scelta di natura esistenziale che la stessa sia chiamata a compiere.

Tuttavia, anche il riferimento alla «capacità di prendere decisioni libere e consapevoli», se collegato, come avviene nell'ordinanza, al requisito dell'attualità, non appare a tutti i componenti del gruppo appagante, poiché esclude dalla possibilità di ricorso all'assistenza al suicidio la persona che non sia in grado di esprimere una volontà attuale. Sarebbe opportuno, per taluni, consentire la ricostruzione della volontà della persona che non è in grado di esprimersi attraverso il riferimento a manifestazioni di volontà contenute ad esempio in dichiarazioni anticipate o in una pianificazione del morire o accertate in via giudiziale (v. caso Englaro). Questa prospettiva conferma la necessità di allargare l'orizzonte di riflessione all'aiuto medico a morire, poiché di assistenza al suicidio in senso stretto non potrebbe più parlarsi.

Pianificazione anticipata e dichiarazione anticipata di volontà

Si indicano gli strumenti e le procedure che, secondo una parte del gruppo di lavoro, permettono di rappresentare una volontà anticipata di essere aiutati a morire.

Collegato al tema della capacità, emerge, dunque, quello relativo alla possibilità che l'aiuto medico a morire possa essere indicato in disposizioni anticipate di volontà o in una pianificazione anticipata, in previsione di una condizione di non più piena consapevolezza.

Nel momento in cui l'aiuto medico a morire non sia più vietato ma venga qualificato, secondo le condizioni e i requisiti previsti dalla legge, quale prestazione che il servizio sanitario nazionale (SSN) è chiamato a garantire, una parte del gruppo ritiene opportuno considerare la facoltà per ogni persona capace di prendere decisioni libere e consapevoli, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, attraverso la possibilità di una pianificazione anticipata o di sottoscrivere una dichiarazione anticipata di volontà.

Nella pianificazione anticipata si prevede l'evoluzione delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta: a una richiesta di aiuto medico a morire ivi espressa il medico e l'équipe sanitaria sono chiamati ad attenersi, in presenza delle condizioni predeterminate, qualora il paziente perda la capacità di esprimere la propria volontà. In questo modo, il medico è chiamato ad effettuare direttamente un atto eutanasico.

Una dichiarazione anticipata di volontà, le cui forme potranno essere valutate in sede legislativa, si distingue dalle DAT previste dall'art. 4 della legge n. 219 del 2017, in quanto si ritiene opportuno prevedere regimi differenziati, alla luce della diversità di contenuto e di finalità di ciascuno strumento. Pertanto si sconsiglia una modifica dell'art. 4 della legge 219, se non per escluderne l'applicabilità alle dichiarazioni

anticipate relative all'aiuto medico a morire, cosa che potrà avvenire peraltro direttamente all'interno della legge di cui si auspica l'adozione. L'eventuale disciplina dovrà pertanto prevedere per le dichiarazioni relative all'aiuto medico al morire:

- una procedura rigorosa e qualificata di informazione e comunicazione, relativa alle condizioni di ammissibilità dell'aiuto medico a morire, fornita da un medico, con il supporto di uno psicologo, che dovrà essere certificata al momento del deposito della dichiarazione;
- la nomina obbligatoria di un fiduciario;
- il deposito che potrà avvenire presso il proprio medico di famiglia o mediante modalità simili a quelle previste per le DAT nell'art. 4 della legge n. 219 del 2017;
- una validità massima di 3 anni, unitamente alla possibilità di revocare la dichiarazione in qualsiasi momento, anche in forma libera. In tal caso, la procedura di accesso all'aiuto medico a morire della persona che abbia dichiarato anticipatamente la propria volontà dovrà prevedere, attraverso il contributo indispensabile del fiduciario, l'accertamento del grave e irreversibile stato patologico, refrattario agli appropriati trattamenti terapeutici e considerato anticipatamente intollerabile dal dichiarante.

I soggetti

I soggetti coinvolti nelle procedure di aiuto medico a morire

Si ritiene che l'aiuto medico a morire debba essere realizzato solo in presenza e sotto la supervisione di un medico, il cui apporto si considera fondamentale, a partire dalla formazione della volontà del paziente, fino alla somministrazione del farmaco.

Un profilo di grande rilievo per la predisposizione della disciplina in materia di aiuto medico a morire riguarda l'individuazione delle categorie di persone che possono concretamente realizzare lo svolgimento delle procedure.

Tipicamente, il diritto comparato permette, e talvolta impone, che l'assistenza al suicidio o l'aiuto medico a morire siano effettuati direttamente da, o comunque alla presenza di, professionisti della salute (medici o infermieri) cui viene anche attribuita la responsabilità di verificare la presenza delle condizioni richieste e l'osservanza della procedura prevista.

In alcuni casi (in Germania), tuttavia, la situazione è complicata dalla permanenza di un divieto deontologico di assistenza medica al suicidio; divieto che, nonostante l'assistenza al suicidio non sia penalmente rilevante in alcuni casi, pone un concreto ostacolo a che essa sia eseguita da parte di personale medico. Nel codice penale tedesco, infatti, è espressamente vietata solo l'assistenza al suicidio esercitata

in forma commerciale oppure in modo organizzato e continuativo, mentre rimane non punita l'assistenza al suicidio fornita in maniera episodica.

Il gruppo di lavoro ritiene che l'aiuto medico a morire debba essere espletato solo in presenza e sotto la supervisione di un medico, il cui apporto si considera fondamentale, a partire dalla formazione della volontà del paziente, fino alla somministrazione del farmaco e alla certificazione della morte. Anche l'aiuto medico a morire, infatti, si deve fondare sulla relazione di cura e fiducia tra medico e paziente. Inoltre, dal punto di vista pratico, la presenza di una figura professionale con una formazione specifica in materia di accompagnamento nel fine vita può garantire la sussistenza dei requisiti richiesti e l'osservanza delle procedure previste, oltre che evitare qualsiasi sofferenza per la persona. Il personale infermieristico, anche con l'eventuale concorso di altri professionisti della salute, dovrebbe prestare la propria assistenza alla persona che richiede l'aiuto medico a morire. Si ribadisce che un medico debba essere presente per tutta la durata della procedura al fine di garantirne il corretto svolgimento dal suo avvio fino al suo completamento e che sia egli stesso a prescrivere i farmaci necessari.

AIUTO MEDICO A MORIRE E SSN

Si ritiene che le procedure debbano essere inserite nei LEA. Si propone la loro effettuazione a domicilio o in strutture pubbliche o convenzionate. I farmaci dovrebbero essere inseriti nell'adeguata categoria del prontuario farmaceutico, interamente a carico del SSN e dispensabili dietro presentazione di ricetta medica.

Al fine di evitare discriminazioni nell'accesso all'aiuto medico a morire e al fine di garantire l'eguaglianza sull'intero territorio nazionale, le procedure dovranno essere inserite nei livelli essenziali di assistenza (LEA) fra le prestazioni erogate in via esclusiva dal SSN. In particolare, dovranno essere ricomprese anche le prestazioni di assistenza sanitaria di base e specialistica preliminari all'inizio delle procedure, in modo da non lasciare scoperte dalla garanzia del servizio sanitario fasi importanti dell'aiuto medico a morire. Si suggerisce di includere nei LEA anche prestazioni di consulenza e supporto psicologico (estendendole eventualmente anche ai familiari), al fine di assicurare una piena informazione al paziente e il più adeguato sostegno. L'aiuto medico a morire, ove il paziente lo richieda e le sue condizioni lo consentano, dovrà essere effettuato a domicilio. Nel caso in cui l'aiuto medico a morire non fosse attuabile presso il domicilio del richiedente, la procedura potrà essere effettuata in strutture pubbliche o convenzionate, ma, in questo caso, in ambienti adeguati e differenti da quelli ove si svolgono le normali attività di diagnosi e cura.

I farmaci necessari ad espletare le procedure dovranno essere inseriti nella categoria più consona del

prontuario farmaceutico, essere interamente a carico del SSN, ed essere dispensati sia dalle farmacie delle strutture pubbliche o convenzionate sia da quelle territoriali, dietro presentazione di una ricetta medica. In questo caso sarà il team operante a prescrivere e ritirare personalmente il farmaco presso le farmacie.

Le procedure

PROCEDURE DI AIUTO MEDICO A MORIRE

Si ritiene che un auspicabile intervento normativo debba prevedere specifiche procedure da rispettare a partire dal momento della richiesta di aiuto medico a morire fino alla sua realizzazione.

Il gruppo ritiene che un auspicabile intervento normativo debba prevedere specifiche procedure da rispettare a partire dal momento della richiesta di aiuto medico a morire, fino alla sua realizzazione.

Da una panoramica delle soluzioni adottate negli ordinamenti che hanno regolato tali pratiche, risulta una grande varietà di approcci. Secondo l'opinione del gruppo di lavoro, ci sono alcuni elementi che è necessario tenere in considerazione nella predisposizione di una procedura che consenta la realizzazione dell'aiuto medico a morire.

In particolare:

- La richiesta inequivocabile di aiuto medico a morire deve essere presentata al medico di medicina generale o al medico del SSN che ha in cura il soggetto richiedente, ovvero a un medico di fiducia, purché dipendente del SSN o con esso convenzionato. Il medico, a fronte della richiesta, procede a un colloquio con il soggetto al fine di realizzare un primo accertamento della sussistenza dei requisiti per accedere all'aiuto medico a morire. Durante il colloquio, il medico ha il dovere di fornire al richiedente tutte le informazioni riguardanti la procedura e di indicare eventuali trattamenti alternativi a cui ricorrere, tra cui le cure palliative. Qualora il medico, in forza di dichiarazione preventivamente comunicata all'Azienda sanitaria di competenza, abbia sollevato obiezione di coscienza, ha comunque l'obbligo di indicare e mettere in contatto il richiedente con un medico non obiettore.
- Il medico deve accertare e attestare che il richiedente sia capace di prendere decisioni libere e consapevoli e che ci si trovi in presenza delle condizioni indicate al punto 5: (a) un grave e irreversibile stato patologico accertato; (b) un intollerabile stato di sofferenza fisica e/o psicologico; (c) una volontà autentica.
- La richiesta deve essere formulata, in presenza di due testimoni, in forma scritta o attraverso video-registrazione o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare ed esprimere la sua volontà. La richiesta deve essere inserita nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico del richiedente.
- Il richiedente può revocare la propria richiesta in qualsiasi momento e con qualsiasi mezzo idoneo a comunicare e ad esprimere la sua volontà. Anche la revoca deve essere inserita nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.
- Il medico che riceve la richiesta e che intenda procedere deve consultare un secondo al fine di confermare la sussistenza dei requisiti previsti. Il parere del secondo medico e la conferma della volontà da parte del richiedente vengono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La durata complessiva della procedura deve essere ragionevole in considerazione della situazione del richiedente. Nel caso in cui il secondo parere sia negativo la richiesta può essere sottoposta alla valutazione di un terzo medico.
- Le pratiche di aiuto medico a morire possono essere iniziate solo dopo che siano trascorse almeno 48 ore dalla conferma della volontà, salvo che il dilatarsi dei tempi non comporti un incremento delle sofferenze.
- Nel caso in cui – a causa di comprovati impedimenti – nessuno dei due medici coinvolti nell'accertamento della sussistenza dei requisiti possa procedere, il primo medico deve inviare sollecita comunicazione alla competente autorità sanitaria territoriale o ospedaliera che provvederà nel più breve tempo possibile a mettere a disposizione un medico che possa adempiere alla procedura.
- Il medico che effettua la procedura deve essere sempre presente durante la realizzazione dell'aiuto medico a morire, eventualmente con il supporto del personale sanitario. Il medico ha, inoltre, il dovere di procurare i farmaci necessari a porre in essere tali pratiche.
- Il richiedente, in base alla sua volontà, può indicare altre persone che, oltre al medico, possano essere presenti durante lo svolgimento delle procedure di aiuto medico a morire.
- Il SSN garantisce lo svolgimento delle procedure di aiuto medico a morire, qualora ve ne sia la possibilità e qualora il richiedente lo preferisca, presso il suo domicilio, oppure presso strutture sanitarie attrezzate, in ambienti adeguati e differenti da quelli ove si svolgono le normali attività di diagnosi e cura (cfr. supra, punto 10). Inoltre, il SSN deve garantire al richiedente le necessarie prestazioni di assistenza psicologica e deve assicurarsi che egli abbia la possibilità di incontrare chi desidera prima di portare a termine le procedure.
- Le procedure di aiuto medico a morire devono rientrare nei LEA e le relative prestazioni sono erogate gratuitamente dal SSN senza alcuna partecipazione alla spesa da parte del richiedente; devono essere garantite su tutto il territorio nazionale (cfr. supra, punto 7).
- È opportuno prevedere che ogni anno sia inviata una relazione al Parlamento contenente dati statistici riguardanti l'accesso e la realizzazione delle procedure di aiuto medico a morire.

- Il decesso a seguito di aiuto medico a morire, praticato in conformità alle condizioni e alle procedure stabilite, non può comportare alcuna conseguenza di ordine legale diversa dal decesso per cause naturali.
- All'interno della procedura, un ruolo essenziale dovrebbe essere attribuito a figure professionali specifiche (come l'équipe di cure palliative, lo psicologo adeguatamente formato e i servizi sociali) al duplice scopo di assicurare la migliore comunicazione con un paziente che si trova ad affrontare un'esperienza drammatica, e di evitare richieste non autentiche attraverso l'offerta di cure palliative e di un adeguato sostegno.

L'obiezione di coscienza

LA GARANZIA DELL'OBIEZIONE DI COSCIENZA

Si suggerisce che la normativa preveda l'obiezione di coscienza per le procedure e attività specificamente e necessariamente collegate all'aiuto medico a morire. Tale facoltà dovrebbe essere riconosciuta a livello individuale e non istituzionale evitando: a) che l'obiezione diventi uno strumento funzionale allo scopo di boicottare la legge; b) che rimangano privi di tutela i diritti del paziente che chieda di essere aiutato a morire; c) che si ponga in essere uno scorretto bilanciamento tra i diritti di tutti i soggetti coinvolti.

Il riconoscimento del diritto all'obiezione di coscienza del personale sanitario impegnato nelle pratiche di aiuto al suicidio dovrà essere riconosciuto ma adeguatamente disciplinato.

Si dovrà, al riguardo, prevedere una formulazione che segua, nelle linee principali, quella prevista dalla legge n. 194 del 1978. In particolare, si dovrà disporre che i professionisti coinvolti non siano tenuti a prendere parte alle procedure di aiuto medico a morire quando sollevino obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore dovrà essere comunicata entro tre mesi dall'entrata in vigore della normativa al direttore dell'Azienda sanitaria locale o dell'Azienda ospedaliera competente. L'obiezione potrà sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produrrà effetto dopo un mese dalla sua presentazione. L'obiezione di coscienza esonererà il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle sole procedure e attività specificamente e necessariamente dirette all'aiuto medico a morire e non dall'assistenza antecedente.

Si dovrà inoltre prevedere che le strutture del SSN siano tenute in ogni caso ad assicurare l'espletamento dell'aiuto medico a morire.

Il gruppo di lavoro ritiene al riguardo necessario scongiurare che l'obiezione diventi uno strumento utilizzabile all'improprio scopo di boicottare o depotenziare la legge; che rimangano privi di tutela i diritti del paziente che chieda di essere aiutato a morire; che

si ponga in essere uno scorretto bilanciamento tra i diritti di tutti i soggetti coinvolti nella fattispecie. A tale scopo occorre evitare quanto sperimentato nell'implementazione della legge n. 194 del 1978, adottando opportuni accorgimenti.

Potrebbe quindi considerarsi l'opportunità di prevedere prestazioni alternative per il personale sanitario obiettore o la realizzazione, in via subordinata, dell'aiuto medico a morire anche presso strutture private che stipulino specifiche convenzioni con le Regioni.

Le fonti

UNA LEGGE SPECIALE

Vista la complessità della materia affrontata, la delicatezza delle garanzie da approntare e il numero delle questioni da definire, si suggerisce l'intervento di una legge *ad hoc*.

Il gruppo ritiene che un'adeguata legalizzazione di forme di aiuto a morire non possa ottenersi soltanto circoscrivendo l'area applicativa dei reati di cui all'art. 580 c.p. In tal modo il fenomeno verrebbe relegato ad un ambito pericolosamente libero dalla legge, con la conseguenza che interessi fondamentali e delicatissimi sarebbero alla mercé di contingenze e rapporti di forza sottratti ad ogni governo, se non quello di una difficile valutazione del giudice - con evidenti rischi per i principi di uguaglianza e prevedibilità del diritto - o di fonti di regolamentazione espressive di sole istanze professionali (norme di deontologia medica). Pare preferibile, dunque, che il legislatore elabori una disciplina organica, contenente clausole espresse di inoperatività del reato di aiuto al suicidio in particolare; che disegni, insomma, uno spazio liberato sì dal diritto penale, ma "riempito" da un altro tipo di diritto, più duttile e più adatto a regolamentare le delicate e cangianti dinamiche delle relazioni di fine vita sulla base di chiare indicazioni di principio e di precisi presupposti legali.

Prendendo a modello l'art. 19 della legge n. 194 del 1978 in materia di interruzione volontaria di gravidanza, si potrebbero contemplare, al più, norme finali di carattere penale o amministrativo, sanzionatorie di condotte elusive della disciplina. I reati codicistici in tema di istigazione o aiuto al suicidio continuerebbero ad operare soltanto in rapporto a vicende svoltesi a prescindere da un accesso alla procedura per l'aiuto a morire.

Una simile regolamentazione dovrebbe inserirsi in una legge speciale, in quanto dotata di una sua autonomia rispetto alle logiche di un codice penale non adatto a contenerla in tutta la sua ampiezza e complessità.

Discostandosi da un'ipotesi contenuta nell'ordinanza della Corte costituzionale n. 207, il gruppo non ritiene opportuno integrare a tal fine la legge n. 219 del 2017. Tale normativa si caratterizza per una certa coerenza interna e per una valenza generale, che risulterebbero alterate dall'inserimento di norme relative a una procedura, quale l'aiuto medico a morire, del tutto peculiare per caratteristiche intrinseche

e problematicità. Integrare la legge n. 219 potrebbe generare una confusione di piani (ad es. assimilazione di due trattamenti entrambi attinenti al fine vita, ma bisognosi di attenta distinzione, quali la sedazione palliativa, da un lato, e il suicidio medicalmente assistito o l'eutanasia, dall'altro) e cortocircuiti di disciplina (ad es. per quanto concerne l'obiezione di coscienza, che ha senso nel contesto di una disciplina sull'aiuto medico a morire, ma non nell'alveo delle previsioni della legge n. 219 del 2017).

Il gruppo auspica, in definitiva, una legge autonoma, specificamente dedicata all'aiuto medico a morire, correlata al codice penale e alla legge n. 219 del 2017 da attente clausole di coordinamento.

Il gruppo immagina una legge in linea di principio non bisognosa di integrazioni da parte di fonti subordinate, se non per quanto concerne profili di carattere prettamente tecnico, organizzativo ed amministrativo (ad es. sistema di accreditamento delle strutture adibite all'aiuto al morire). Potrebbero essere utili, eventualmente, rimandi a linee guida capaci di meglio dettagliare momenti della procedura o di adeguarli all'evolversi delle buone pratiche cliniche e delle acquisizioni scientifiche. A garanzia della qualità di tale integrazione, si potrebbe far riferimento a linee guida elaborate da riconosciute istituzioni medico-scientifiche, purché approvate e pubblicizzate dal Sistema Nazionale delle Linee Guida predisposto dalla legge c.d. Gelli-Bianco (la quale andrebbe a tal fine opportunamente "adattata").

I RAPPORTI CON I CODICI DI DEONTOLOGIA

Si auspica che gli ordini professionali prendano atto dell'incostituzionalità del divieto assoluto di assistenza al suicidio, emendando i propri codici di deontologia.

Un profilo particolarmente delicato riguarda il rapporto della disciplina statale in tema di aiuto medico a morire con i codici deontologici delle categorie professionali coinvolte. Il paradigma che costituisce la base della legalizzazione dell'aiuto medico a morire è, infatti, ancora estraneo alle norme deontologiche, le quali, a parte la più recente versione del codice degli infermieri (aprile 2019), confermano espressamente il divieto per il professionista di compiere atti finalizzati a provocare la morte del paziente (cfr. l'art. 17 del codice di deontologia medica, in base al quale «il medico anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocare la morte»). Considerato il ruolo del medico, ritenuto indispensabile, e di altri professionisti della salute, particolare importanza riveste quindi il coordinamento tra la disciplina legislativa e la dimensione deontologica.

Al riguardo va rilevato come l'autonomia regolamentare e disciplinare dell'Ordine, così come prevista a livello legislativo, oltre a non contenere una riserva materiale, debba rispettare i principi costituzionali. Alla luce dell'ordinanza della Corte costituzionale, una norma deontologica che, attraverso lo strumen-

to della responsabilità disciplinare, impedisca l'assistenza di un medico e quindi lasci di fatto prive di adeguata tutela situazioni meritevoli di protezione non sarebbe costituzionalmente legittima.

Si auspica, quindi, che la categoria medica e le altre professioni coinvolte prendano atto della prospettata illegittimità costituzionale del divieto assoluto di assistenza al suicidio e provvedano, di conseguenza, ad emendare i propri testi deontologici di riferimento.

Considerata la complessità e poca chiarezza, sul piano sia normativo sia giurisprudenziale, tanto dei rapporti tra il codice deontologico e le altre fonti del diritto quanto dell'ampiezza del potere disciplinare degli ordini professionali, per evitare che una violazione deontologica si trasformi in un limite alla piena tutela del diritto all'aiuto medico a morire, sarebbe inoltre auspicabile che l'esenzione di responsabilità civile e penale per il professionista che legittimamente assista una persona nel suicidio sia espressamente estesa anche alla responsabilità di tipo disciplinare.

La copertura finanziaria

LA COPERTURA FINANZIARIA DELLA NUOVA LEGGE

Si ritiene che le procedure di assistenza medica vengano adeguatamente svolte e finanziate a carico del SSN.

Come anticipato, motivi legati ad una omogenea applicazione della normativa in tema di aiuto medico a morire e all'esigenza di evitare discriminazioni nel rispetto delle volontà delle persone impongono che le relative procedure vengano adeguatamente svolte e finanziate a carico del SSN.

La opportuna sensibilizzazione sociale e formazione professionale (anche a livello universitario), inoltre, dovrà trovare una corrispondente voce di spesa. Per questo, si raccomanda di evitare di inserire la clausola di invarianza finanziaria.

Il gruppo, inoltre, auspica che venga al contempo implementata, in modo più uniforme sul territorio nazionale, la legge 15 marzo 2010, n. 38, in materia di cure palliative e terapie del dolore, anche attraverso un più adeguato impegno finanziario.

Il coordinamento fra norme

DISCIPLINA TRANSITORIA E COORDINAMENTO NORMATIVO

Si suggerisce di considerare una norma transitoria che disciplini i casi antecedenti l'entrata in vigore della normativa. Si auspica inoltre una distinzione fra attività fungibili e infungibili.

Nella ordinanza della Corte costituzionale (punto 10 del Considerato in diritto) si legge che esiste «l'esigen-

za di introdurre una disciplina ad hoc per le situazioni pregresse (come quella oggetto del giudizio *a quo*), che di tale non punibilità non potrebbero altrimenti beneficiare».

Il gruppo di lavoro ritiene opportuno evidenziare l'esigenza che la nuova disciplina si preoccupi di normare non solo i comportamenti di aiuto al suicidio adottati prima della sua entrata in vigore, come suggerito dalla Corte costituzionale, ma anche quelle forme di aiuto medico a morire che verranno intraprese sotto la vigenza della disciplina speciale, e che tuttavia presentino difformità rispetto alla procedura dell'aiuto medico a morire, sia sotto il profilo della mancanza dei requisiti di accesso, che sotto quello del mancato rispetto della procedura in senso stretto (si pensi ad esempio all'accompagnamento da parte di un familiare in una clinica situata all'estero). Tali difformità impedirebbero l'applicazione della nuova disciplina, con conseguente persistente rilevanza penalistica delle condotte di coloro che abbiano, in qualche maniera, partecipato all'aiuto medico a morire.

Appare quindi opportuno garantire il coordinamento degli artt. 579 e 580 c.p., nella loro attuale formulazione, con la disciplina speciale dell'ambito dell'aiuto medico a morire.

Tale esigenza potrebbe essere soddisfatta differenziando, tra le condotte strettamente causali rispetto all'evento morte, quelle "infungibili", ossia insostituibili ed essenziali ai fini dell'esecuzione dell'aiuto medico a morire (ad esempio la somministrazione del farmaco) e quelle "fungibili", ossia quelle azioni che possono essere facilmente sostituite da altre di egual portata (come l'accompagnamento in auto verso la clinica).

Per le prime, si potrebbe prevedere una norma transitoria (sulla falsariga di quella contemplata nell'ultimo comma dell'art. 22 della legge n. 194 del 1978 in tema di interruzione volontaria di gravidanza), per effetto della quale non sarebbe punibile per i reati previsti dagli (attuali) artt. 579 e 580 c.p. colui che abbia commesso il fatto prima dell'entrata in vigore della legge che disciplina l'aiuto medico a mo-

rire, se si accerta che sussistevano sostanzialmente i presupposti per l'accesso alla procedura.

La riduzione dello spazio di operatività dell'art. 580 c.p. nell'ambito dell'aiuto medico a morire limitatamente alle condotte "infungibili" permetterebbe di considerare penalmente irrilevanti, anche nei casi in cui si sia già pervenuti a una sentenza irrevocabile di condanna, le azioni "fungibili" poste in essere antecedentemente alla entrata in vigore della disciplina (per effetto della *abolitio criminis* ai sensi dell'art. 2, comma 2, c.p.). Al contempo, le stesse condotte poste in essere successivamente alla entrata in vigore della disciplina sull'aiuto medico a morire non rivestirebbero più alcuna rilevanza penale alla luce della riduzione della portata penalistica dell'art. 580 c.p. nell'ambito dell'aiuto medico a morire.

Rimarrebbero così ancora punibili i soli comportamenti di agevolazione al suicidio (o omicidio del consenziente) realizzati in difformità delle procedure legalmente previste, con evidente riduzione degli spazi di rilevanza penale delle norme incriminatrici di cui agli artt. 579 e 580 c.p.

* Il Documento è stato pubblicato l'11 settembre 2019 su Biodiritto, Università di Trento (<https://www.biodiritto.org/>)

****Hanno collaborato alla stesura del Documento:** Sara Azzini, Avvocato, Cremona; Giulio Battistella, Università di Trento; Lucia Busatta, Università di Padova; Carlo Casonato, Università di Trento; Marilisa D'Amico, Università di Milano; Marta Fasan, Università di Trento; Massimo Foglia, Università di Bergamo; Simone Gianello, Università Milano-Bicocca; Francesca Giardina, Università di Pisa; Giuseppe R. Gristina, medico, anestesista rianimatore, Roma; Carlo Iannello, Università della Campania "Luigi Vanvitelli"; Federico C. La Vattiata, Università di Trento; Benedetta Liberali, Università di Milano; Viviana Molaschi, Università di Bergamo, Università Milano-Bicocca; Teresa Pasquino, Università di Trento; Simone Penasa, Università di Trento; Rita Pescatore, Università di Bergamo; Cinzia Piciocchi, Università di Trento; Ludovica Poli, Università di Torino; Elisabetta Pulice, Università di Trento; Laboratorio dei Diritti Fondamentali, Torino; Carla M. Reale, Università di Trento; Stefano Rossi, Università di Bergamo; Amedeo Santosuoso, IUSS, Università di Pavia; Andrea Tigrino, Università di Trento; Marta Tomasi, Università di Trento; Antonio Vallini, Università di Pisa; Paolo Veronesi, Università di Ferrara; Vladimiro Zagrebelsky, Direttore del Laboratorio dei Diritti Fondamentali, Collegio Carlo Alberto di Torino.

Il Documento è aperto alle adesioni da parte di chi ne condivide i contenuti attraverso il link: <https://bit.ly/2kK7n3c>