

DIRITTO ALLA VITA E DIRITTO DI MORIRE NELLE FASI FINALI DELL'ESPERIENZA UMANA
Ida Nicotra*

SOMMARIO:	I. DIRITTO DI AUTODETERMINAZIONE E PRINCIPIO DEL CONSENSO. II. DIRITTO ALLA VITA E DIRITTO DI MORIRE NELL'ORDINAMENTO ITALIANO. III. ACCERTAMENTO DEL CONSENSO PRESTATO, SUA ATTUALITÀ ED EMERSIONE INEQUIVOCABILE DELLA VOLONTÀ DI MORIRE E DELLE CONDIZIONI DI IRREVERSIBILITÀ DELLA PATOLOGIA DEL MALATO DINANZI AGLI INCESANTI PROGRESSI DELLA SCIENZA MEDICA.
------------------	--

I. DIRITTO DI AUTODETERMINAZIONE E CONSENSO INFORMATO

Il principio personalista, espressamente previsto nell'art. 2 Cost., costituisce il pilastro dell'intero ordinamento costituzionale e pone la persona umana e il suo sviluppo al centro dell'organizzazione sociale. Nel disporre che la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo sia nella sua dimensione individuale, sia in quella comunitaria, che si realizza nell'interazione con altri soggetti, l'art. 2 qualifica come determinante il primato della persona umana. Tale principio permea di sé tutte le disposizioni costituzionali che tutelano una sfera della persona, fisica e morale¹. Il diritto di autodeterminazione discende direttamente dalla esigenza di dare prevalenza alla volontà del soggetto in modo pieno ed incondizionato, che si determina a porre in essere un'azione o a prendere una decisione su vicende riguardanti esclusivamente la sua persona. Non si dubita del diritto di ciascuno di disporre lui e lui solo della propria salute ed integrità personale. Il diritto all'auto determinazione include "il diritto di rifiutare le cure mediche, lasciando che la malattia segua il suo corso anche fino alle estreme conseguenze"². Il diritto di autodeterminazione sulla propria salute da parte del malato trae fondamento altresì da enunciati normativi contenuti in documenti sovranazionali. In particolare, la Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, adottata dal Consiglio d'Europa il 4 aprile 1997 e ratificata dall'Italia con legge 28 marzo 2001, n. 145³, all'art. 5 dispone che, nel campo della salute, non

* Professore Ordinario di Diritto Costituzionale-Università degli Studi di Catania.

1 La posizione riservata alla persona umana nella Costituzione deve trovare il punto d'avvio nella disposizione di cui all'art.2. Si discute sulla misura di permeabilità dell'art. 2 relativamente alla copertura che questa norma darebbe come garanzia costituzionale a situazioni di libertà, che non trovano, tuttavia, riconoscimento in altre parti della Costituzione. Il dibattito sul tema si è in realtà incentrato sulla esigenza di prendere posizione a favore o contro l'idea che l'art. 2 potesse rappresentare la "valvola" costituzionale per conferire carattere di inviolabilità ai c.d. nuovi diritti, ovvero fosse in grado di esprimere soltanto, in termini meramente riassuntivi, la proclamazione dei diritti espressamente riconosciuti e di conseguenza trarre il fondamento dei nuovi in uno o più tra quelli sanciti in Costituzione. Ad ogni buon conto, l'alternativa tra fattispecie "aperta" e fattispecie "chiusa" ha dimostrato la sostanziale convergenza dei punti di approdo: ed invero si finisce in ogni caso per ancorare la "costituzionalizzazione" dei nuovi diritti alla necessità che questi rappresentino implicito od ulteriore svolgimento di quelli garantiti nella Carta. Sono questi i casi, espressamente riconosciuti dalla Corte Costituzionale, del diritto alla libertà sessuale, del diritto all'abitazione, del diritto alla riservatezza, di quello all'identità personale e sessuale e del diritto alla vita.

2 Corte d'Assise di Firenze, sentenza del 18 ottobre 1999, con riferimento alla vicenda Englaro.

3 A causa del mancato deposito dello strumento di ratifica al Consiglio d'Europa, la Convenzione di Oviedo non può essere considerata diritto vigente, cfr. C. Casonato, *Il malato preso sul serio*: consenso

è possibile intervenire se non dopo che la persona abbia espresso un consenso libero e informato. Ancor più incisiva è la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea⁴, laddove all'art. 3, nel Capo primo dedicato alla "Dignità", afferma che "nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: il consenso libero e informato della persona interessata (...)".

Sul versante dell'ordinamento interno, il diritto di scelta di curarsi è desumibile dall'art. 32 Cost., nella parte in cui precisa che "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". In tale enunciato, a garanzia della autodeterminazione del singolo (tutelata altresì dall'art. 13 Cost.), condizione per l'erogazione di un determinato trattamento sanitario è il libero, spontaneo e consapevole consenso del paziente, che non può in alcun modo essere obbligato a sottoporsi a cure di qualsiasi tipo se, in base al proprio convincimento le ritenga lesive, rischiose o inutili per la propria salute. Ne discende, il diritto del malato al c.d. consenso informato e cioè alla più completa, dettagliata ed esaustiva informazione sul trattamento sanitario proposto, sui suoi effetti e sulle possibili conseguenze psicofisiche cui egli andrebbe incontro sottoponendosi ad esso. Il consenso informato dà conto di un processo circolare che ha inizio con l'informazione del medico al malato e si conclude con la scelta consapevole di quest'ultimo. Si tratta di un percorso di partecipazione e di condivisione nel rispetto della volontà dei due soggetti dell'alleanza terapeutica⁵. La salute è dunque un diritto riconducibile alla sfera più intima del soggetto, quella, appunto, di autodeterminarsi⁶.

Il principio di libertà di cura ed il correlativo divieto di trattamenti sanitari obbligatori possono trovare un limite soltanto laddove lo richiedano straordinarie esigenze attinenti all'incolumità pubblica (ad es. epidemie e pandemie). Ma anche la possibilità di istituire per legge trattamenti sanitari obbligatori soggiace ad una clausola limitativa di fondamentale importanza, quella secondo cui il trattamento obbligatorio "non può in alcun modo violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". In altre parole,

e rifiuto delle cure in una recente sentenza della Corte di Cassazione, in Quad. cost., n. 3 del 2008, 3, il quale fa notare come, ciò malgrado, la giurisprudenza italiana si sia avvalsa della Convenzione come ausilio interpretativo.

4 In proposito, va ricordato che con le modifiche apportate di recente al Trattato di Lisbona, con l'art. 6 TUE viene attribuito valore giuridico vincolante alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, alla quale, fino ad ora, era stato riconosciuto un rilievo meramente politico. La stessa disposizione ha, altresì, sancito anche l'adesione dell'UE alla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali. I due documenti offrono un'ampia protezione ai diritti della persona. A volte, addirittura superiore a quella riconosciuta dalle singole Costituzioni nazionali. Così, nell'eventualità in cui una norma comunitaria risultasse difforme dai principi fondamentali o dai diritti costituzionalmente tutelati dal nostro diritto interno, essa sarebbe in contrasto con la Carta dei diritti e con la Cedu. Se un giudice nazionale dovesse verificare la sussistenza di una violazione di questo tipo dovrà rinviare la questione alla Corte di Giustizia che sarà chiamata a sanzionare il diritto comunitario per contrasto con l'art. 6 TUE.

5 C. Casonato, op. cit., 2.

6 A. D'Aloia, *Decidere sulle cure. Il discorso giuridico al "limite della vita"*, in Quad. Cost. n. 2 del 2010.

la salvaguardia della dignità umana, da qualsiasi rischio di degrado e di sofferenza tali da umiliare la personalità stessa del paziente, costituisce l'invalicabile confine alla possibilità del legislatore di imporre come obbligatorio un trattamento sanitario pur ritenuto, in astratto, utile o necessario.

Pienamente coerente con quanto disposto in Costituzione, la l. n. 833 del 23 dicembre del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, recita al suo primo articolo (co. 2) che "la tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana" e nel successivo art. 33 precisa che "gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari. (...) possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura".

Anche il codice deontologico medico attribuisce rilievo fondamentale alla libertà di cura del malato, condizionando l'attività medica alla volontà della persona coinvolta. Infatti, "il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente (...) e non deve attenersi nell'ambito dell'autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa"⁷. L'art. 53 prende in considerazione espressamente il rifiuto di nutrizione da parte del soggetto, affermando che anche in questo caso il medico ha il dovere di informare sulle gravi conseguenze che un digiuno protratto può comportare sulle sue condizioni di salute. Ma se la persona è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative coercitive né collaborare a manovre coattive di nutrizione artificiale, pur continuando ad assistere la persona.

Sulla base di tali riferimenti normativi, ed in primo luogo nell'enunciato di cui è menzione nell'art. 32, la dottrina maggioritaria⁸ rinviene il divieto dell'obbligatorietà, non soltanto dei trattamenti terapeutici "ordinari", ma anche di quelli di sostegno vitale⁹, come nutrizione o idratazione artificiale e ventilazione meccanica, condizionandoli all'assenso dell'interessato. Di recente la Cassazione con la decisione n. 21748 ha confermato siffatto orientamento affermando che "l'idratazione e l'alimentazione artificiali con sondino nasogastrico costituiscono un trattamento sanitario". Tale pronuncia, peraltro, ribalta quanto era stato statuito dal Tribunale di Roma che, con un'ordinanza del 16 dicembre 2006, è stato chiamato a pronunciarsi sulla interruzione della ventilazione meccanica proposto da Piergiorgio Welby. In quella occasione i giudici dichiaravano inammissibile il ricorso, accendendo alla ricostruzione secondo cui le cure di sostegno vitale non vanno considerate alla stregua di "trattamento sanitario" e vanno mantenute, anche prescindendo dalla volontà del malato.

7 Cfr. artt. 35 e 38 del Codice di Deontologia medica.

8 C. Casonato, *op. cit.*, 3.

9 In quanto tali trattamenti sottendono un sapere scientifico e consistono nella somministrazione di preparati come composto chimico che implicano procedure tecnologiche.

Secondo una prospettazione tale conclusione si può trarre anche dal disposto contenuto nell'art. 5 cod. civ., laddove esso sancisce la regola della relatività sugli atti di disposizione del proprio corpo, vietandoli solo nell'ipotesi in cui siano idonei a cagionare una diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando siano contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume. La previsione contenuta nell'art. 5 è stata ritenuta, per lungo tempo, la norma cardine in ordine alla disciplina dei diritti della personalità. Peraltro essa – nel punto in cui risulta espressione della tendenza di anteporre le esigenze pubbliche dello Stato alla sfera di libertà del singolo, statuendo un limite invalicabile, anche con il consenso dell'interessato, agli atti di lesioni permanenti all'integrità personale, non si pone in linea con i valori affermati in Costituzione¹⁰.

Innanzitutto, va precisato come, attraverso il riconoscimento costituzionale di taluni valori fondanti, l'ordinamento ha notevolmente ridimensionato il significato relativo agli atti dispositivi sul proprio corpo. Alla luce dei valori incentrati sulla garanzia della dignità umana, ritenuta regola onnicomprensiva e fondante i moderni ordinamenti costituzionali¹¹, la mera esigenza di libertà, espressione di una visione squisitamente individualizzante, viene assorbita dal valore della persona, scolpita negli art. 13 e nel riferimento alla salute, fondamentale diritto della persona, anche in relazione all'adempimento dei doveri verso la collettività e la famiglia. Al di là del limite ad atti di disposizione del proprio corpo che siano meramente degradanti la dignità umana, sembra potersi affermare l'emersione del principio di tendenziale disposizione della propria integrità fisica, posta in essere o per salvare la propria vita o in vista della soddisfazione di un "superiore dovere morale"¹².

II. DIRITTO ALLA VITA E DIRITTO DI MORIRE NELL'ORDINAMENTO ITALIANO

Se come si è appena avuto modo di ribadire, l'autodeterminazione del singolo assume il rango di diritto inviolabile, occorre comprendere la posizione riservata dalla Carta costituzionale al diritto di ciascuno a vivere e del diritto di morire. Si può certamente affermare che la Costituzione è un "inno alla vita"¹³, al suo sviluppo e alla sua promozione sotto ogni aspetto. Infatti, sebbene a differenza di quanto avviene in altri ordinamenti¹⁴, in cui il diritto alla vita trova esplicito riconoscimento, la Costituzione italiana non contenga al riguardo alcuna espressa disposizione, la valorizzazione mas-

10 Così, R. Romboli, in Commento sub art 5 del c.c., in Commentario del codice civile Scialoja – Branca, a cura di F. Galgano, Roma – Bologna 1988, 228.

11 In proposito, cfr. M. Di Ciommo, *Dignità umana*, in *Diritto Costituzionale* a cura di S. Mangiameli, Milano 2008, 382.

12 Tale orientamento è stato ripreso nei lavori preparatori della legge 26 giugno 1967, n. 548 sulla liceità della donazione di organi necessari, come il trapianto di rene, per l'altrui sopravvivenza, sulla considerazione che sebbene tale donazione provoca una lesione permanente alla salute, costituisce tuttavia manifestazione di solidarietà.

13 La felice espressione è di A. Ruggeri, *Il testamento biologico e la cornice costituzionale*, in forum di quaderni costituzionali, 10.

14 Sul punto sia consentito rinviare a I. Nicotra, *Vita (diritto alla)*, in *Diritto Costituzionale*, cit., 477.

sima della vita acquista significato in tutte le norme che elevano a protezione i molteplici momenti dell'esistenza della persona, fin dal primo episodio che contraddistingue il singolo come individualità irripetibile. L'assenza di previsioni costituzionali sul diritto alla vita trova sistemazione in un ambito in cui si suole comunemente affermare che il rispetto di essa è insostituibile "presupposto retrostante" al godimento di tutte le libertà fondamentali.

La particolare sensibilità nella redazione delle disposizioni della Costituzione si manifesta con la sottolineatura dei periodi più delicati e maggiormente bisognosi di protezione, vale a dire dei "momenti" della vita, come segmenti dell'esistenza, a cui, fra l'altro lo Stato assicura misure a tutela di chi non è ancora in grado di provvedere a se stesso o di chi non lo è più, poiché ormai giunto al termine della propria vita. Le previsioni contemplate negli artt. 31 e 32 pongono l'accento sul valore della fase "prenatale", riconoscendo il diritto alla salute anche all'embrione e non soltanto alla persona¹⁵. Le disposizioni contenute negli artt. 31 e 38 sembrano legare insieme i differenti stadi dell'esistenza umana, bisognosi di particolare sostegno da parte dell'ordinamento. Si susseguono, infatti, in stretta sequenza le fasi della vita dalla maternità, all'infanzia, alla gioventù per giungere al riferimento alla vecchiaia contenuto nell'art. 38. La coerenza dell'impianto costituzionale viene ulteriormente rafforzata dalle norme, le quali – se pure inserite nel quadro delle statuizioni a tutela dei lavoratori acquistano un significato più ampio respiro – sono state dedicate alla tutela delle necessità dell'esistenza durante la vecchiaia e nei casi di invalidità. In tale enunciati si scorge il valore che la vita umana assume, quale bene che il diritto non può rinunciare a proteggere ed il rifiuto di teorie fondate "sul minor valore della vita meno visuta"¹⁶.

Per la ricerca del fondamento del c.d. diritto a morire si deve partire dalla disposizione contenuta nell'art. 32. In proposito, non serve in questa sede riprendere i termini del dibattito che approda alla individuazione del c.d. "risvolto negativo" del diritto alla salute, come diritto di non farsi curare, sempre che il tipo e lo stato di malattia non mettano a repentaglio la salute della collettività. Non si dubita, infatti, della piena libertà della persona di opporre resistenza ad una terapia in ossequio al rispetto dovuto, comunque, alla dignità umana. Vi è, tuttavia da osservare che la dinamica dei rapporti tra norme costituzionali, che segna la protezione della vita, anche laddove il rispetto della volontà del singolo comporta la non facile soluzione della questione legata alla composizione del conflitto che coinvolge la stessa tutela nei confronti dell'autodeterminazione di ciascuno, lascia intravedere un ambito dai contorni altamente problematici. Il disegno di legge sul testamento biologico approvato, in prima deliberazione, alla Camera il 12 luglio 2011 che reca disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento si pone in linea con i precetti costituzionali laddove "riconosce e tutela la vita umana, quale

15 Sul punto si rinvia a I. Nicotra, *Vita e sistema dei valori nella Costituzione*, Milano 1997, in particolare 122 ss.

16 Lombardi Vallauri, *L'embrione e le vite diversamente importanti*, in *Quaderni di Bioetica*, a cura di S. Rodotà, Roma 1993, 373.

diritto inviolabile e indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell'esistenza e nell'ipotesi in cui la persona non sia più in grado di intendere e di volere, fino alla morte accertata nei modi di legge" e vieta espressamente "ogni forma di eutanasia e ogni forma di assistenza e di aiuto al suicidio, considerando l'attività medica e quella di assistenza alle persone esclusivamente finalizzate alla tutela della vita e della salute nonché all'alleviamento della sofferenza".

III. ACCERTAMENTO DEL CONSENSO PRESTATO E SUA ATTUALITÀ ED EMERSIONE INEQUIVOCABILE DELLA VOLONTÀ DI MORIRE E DELLE CONDIZIONI DI IRREVERSIBILITÀ DELLA PATOLOGIA DEL MALATO DINANZI AGLI INCESSANTI PROGRESSI DELLA SCIENZA MEDICA

E' proprio con riferimento ai casi del c.d. fine vita e cioè ai limiti da porsi all'intervento medico e ai trattamenti sanitari sui pazienti in fase patologica terminale ed irreversibile, che la libertà di cura è entrata drammaticamente in conflitto con altri valori costituzionali egualmente rilevanti, primo fra tutti con il diritto alla vita e alla sua tutela incondizionata fino alla cessazione naturale. Le questioni al riguardo sono molteplici e di non semplice soluzione. Infatti, come abbiamo avuto modo di osservare, il generale principio della libertà di cura potrebbe tradursi, da parte del paziente consapevole del suo stato patologico terminale, nel diritto di rifiutare trattamenti medici e di non essere curato. Ed invero l'art. 32 sembra tutelare in maniera netta il diritto dell'ammalato di rifiutare trattamenti sanitari che, nella loro sostanziale inefficacia, cagionerebbero soltanto un allungamento artificiale della vita, peggiorando gravemente la dignità della persona e la qualità della sua esistenza. La questione riguarda, innanzitutto, il c.d. accanimento terapeutico, rispetto al quale sorgono perplessità nei confronti di cure su cui grava il sospetto di mantenere in vita la persona in maniera artificiale. Se per un verso, l'ipotesi dell'accanimento terapeutico è pieno di incertezze sul piano ricostruttivo della volontà dell'infermo, per altro verso, esso non può prevalere sulla libertà del singolo di non sottoporsi a cure, che non è, si badi bene, diritto di sopprimere la propria vita, quanto di non continuare a vivere secondo condizioni non più conformi alla stessa dignità dell'uomo. Si tratta di affermare il diritto alla dignità dei malati terminali, considerando il morente come "persona fino alla morte", con il riconoscimento di alcuni diritti, come la pretesa a ricevere risposte veritiere sulle proprie condizioni di salute, la partecipazione alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà, il sollievo dal dolore e dalle sofferenze, le cure e l'assistenza nell'ambiente desiderato.

Di recente si è discusso, a proposito del noto caso di Piergiorgio Welby, circa l'ammissibilità di estendere il diritto di rifiutare le cure fino ad una legittima pretesa a lasciarsi morire o, ancor di più, in un diritto all'eutanasia e cioè ad interventi medici, attivi od omissivi, che agevolino o accelerino il termine della vita. Welby era persona in grado di intendere e volere, che chiedeva di poter vivere e di poter morire, senza che nei suoi confronti si utilizzassero tecniche di mantenimento in vita. Egli ha espresso, in altri termini, la volontà attuale e diretta, che la sua vita si concludesse naturalmente.

La questione assume maggior rilievo per i trattamenti sanitari, compresi quelli di sostegno vitale nei confronti dei soggetti che versano in stato vegetativo permanente ed irreversibile. Desti notevoli dubbi l'accertamento, in sede giudiziale, della volontà in via presuntiva del malato, che egli avrebbe manifestato in un momento precedente, quando ancora, vale a dire, era pienamente capace di intendere e volere.

Nella vicenda di Eluana Englaro, che da oltre quindici anni versava in stato vegetativo permanente e dunque era "radicalmente incapace di vivere esperienze cognitive ed emotive", la Cassazione si è pronunciata con una sentenza, a dir poco discutibile, nella parte in cui la volontà della donna di rifiutare sia le cure, sia gli stessi trattamenti di sostegno vitale (alimentazione ed idratazione artificiale) viene ricostruita facendo riferimento al "suo stile di vita", ai suoi convincimenti e con riferimento alla sua "personalità". Affermano i giudici di Palazzo Spada che la volontà presunta del paziente incosciente "già adulto prima di cadere in tale stato" va ricostruita "tenendo conto dei desideri da lui espressi prima della perdita di coscienza, ovvero inferendo quella volontà dalla sua personalità, dal suo stile di vita, dalle sue inclinazioni, dai suoi valori di riferimento e dalle sue convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche". Nel merito ritengo non condivisibile la decisione della Corte, il cui iter argomentativo pare viziato dalla poca coerenza che caratterizza la relazione tra le premesse poste e le conclusioni raggiunte, laddove ritiene di poter risalire alla sicura volontà del malato, esclusivamente sulla base di valutazioni che definire troppo vaghe diventa, forse, addirittura riduttivo¹⁷.

Infatti, in quella stessa decisione la Cassazione esordisce sostenendo che "in assenza di una dichiarazione chiara ed inequivoca circa la scelta del malato di non farsi curare va data prevalenza al principio di indisponibilità del bene della vita, indipendentemente dal grado di salute, della percezione che altri possono avere della qualità della vita stessa, nonché dalla mera logica individualistica dei costi e dei benefici". Sicché, nel dubbio sulla effettiva volontà del soggetto in stato vegetativo permanente, non si può non ritenere che l'interruzione dei trattamenti sanitari e delle terapie di sostegno vitale si pongono in contrasto con il principio di precauzione, che imporrebbe, di mantenerlo comunque in vita. Si tratta di optare tra scelte – è bene dirlo senza giri di parole – che sono in ogni caso tragiche, laddove, peraltro, si è in presenza di dichiarazioni generiche espresse dal malato, e per di più, in un periodo assai risalente nel tempo non sembra possibile attribuire alle stesse carattere vincolante per giustificare l'interruzione di trattamenti di sostegno vitale.

Diversamente andrebbe affrontata la questione nel caso in cui si fosse in presenza di DAT cioè di dichiarazione anticipate di trattamento, nelle quali viene espresso l'orientamento del paziente circa le attivazioni utili per il medico quando egli non è nelle condizioni di decidere. Secondo, l'art. 3 del ddl in parola le DAT possono contenere dichiarazioni espresse del paziente su quali trattamenti ricevere. Con riferimento ai trattamenti c.d. di sostegno vitale si prevede che questi devono essere mantenuti fino al termine della vita, ad eccezione del caso in cui le medesime "risul-

¹⁷ Per questa idea propende anche A. D'Aloia, *Decidere sulle cure*, cit., 21.

tino non più efficaci nel fornire al paziente i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo". Tale ultima disposizione è forse la più controversa dell'intero provvedimento. Secondo un'opinione essa produrrebbe effetti molto negativi in quanto vieta sui pazienti di fine vita trattamenti straordinari "non proporzionati", "quasi che per i soggetti in stato vegetativo non si debba esagerare nelle terapie perché non vale la pena"¹⁸. Assai diversa è la posizione di chi ritiene tale disegno di legge lesivo della libertà di autodeterminazione laddove ritiene non vincolanti le direttive del paziente ed equipara a misure di assistenza ordinaria i trattamenti di idratazione e nutrizione artificiale¹⁹.

Vi è poi un altro profilo di fondamentale rilevanza: l'imprescindibile necessità di effettuare un rigoroso giudizio clinico sul carattere irreversibile dello stato vegetativo. Al riguardo, è stato fatto osservare²⁰ che, alle volte, tale giudizio si arresta ad una soglia di natura probabilistica, proprio in considerazione dell'incessante sviluppo della scienza medica e della tecnologia, per cui il medico è chiamato a decidere, sovente, in condizioni di incertezza. Ora, la condizione della irreversibilità dello stato vegetativo costituisce l'ulteriore imprescindibile presupposto per decidere circa la prosecuzione ovvero l'interruzione del trattamento terapeutico.

18 Così si esprime il comitato Verità e vita, "Testamento biologico: una legge che apre le porte all'eutanasia", Comunicato stampa n. 115. Si legge, ancora, nel comunicato che "Verità e vita esprime profonda insoddisfazione per l'approvazione del progetto da parte della Camera dei Deputati: sappiamo che il progetto per diventare legge dovrà tornare al Senato, ma temiamo che l'indubbio successo politico ottenuto dai promotori del progetto – che hanno prevalso pur in presenza di voto segreto – si ripeta nell'ultimo passaggio parlamentare".

19 In questo senso, cfr., L. Savarino, *Coordinatore della Commissione bioetica della Tavola Valdese*, in www.notizie.radicali.it.

20 Fra gli altri, Casonato, op. cit., 12.