

LE ISTANZE DI FINE VITA

Il tema che ci troviamo oggi ad affrontare, quello delle istanze di fine vita, è un tema molto delicato, oltre che dal punto di vista etico, religioso, morale, anche in ambito giuridico, in quanto implica una presa di posizione su temi concernenti la sfera più intima della coscienza individuale.

In un quadro sicuramente complesso e delicato, tuttavia, si fa sentire urgente l'esigenza di regolare in termini giuridici tali questioni per il peso crescente che le nuove tecniche mediche hanno recentemente assunto nella fase terminale della vita dei malati e per i nuovi scenari che si stanno profilando in conseguenza di questa evoluzione.

La situazione italiana è peraltro emblematica per il prolungato silenzio legislativo e per la difficoltà di pervenire a risultati condivisi nel dibattito attualmente in corso, in controtendenza rispetto al panorama internazionale denotato da interventi che in varia misura hanno già affrontato il problema.

Un primo concetto fondamentale da esaminare è sicuramente quello del diritto alla autodeterminazione in quanto costituisce l'oggetto e il fondamento delle istanze di fine vita.

A questo proposito, è innanzitutto necessario analizzare la principale norma di riferimento che la Costituzione ci mette a disposizione. Si tratta dell'art. 32 che costituisce la norma posta a tutela del diritto alla salute.

L'articolo sancisce che: *“la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

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.”

Questa norma riveste un ruolo di centrale interesse nel dibattito sul fine vita e sul rifiuto di cure, in primo luogo per la prevalenza gerarchica della fonte rispetto alle norme di carattere ordinario e, in secondo luogo, perché contiene i principi guida a garanzia del fondamentale diritto alla salute.

Il primo comma riconosce il principio della tutela della salute, come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Questo valore è tutelato nella sua doppia valenza di diritto individuale e interesse collettivo. Su questa caratteristica si sofferma talvolta la dottrina per sostenere che, sebbene tale diritto sia individuale, non possa essere compromesso dalle scelte personali dell'individuo, proprio per l'interesse della società alla tutela della salute pubblica. Da questo assunto si arriva poi talvolta ad argomentare che la salute costituisca uno dei doveri inderogabili di solidarietà sociale ricomprendibile nella clausola aperta dell'art. 2 della Costituzione. Tuttavia seguendo questa tesi si rischia di trasformare il diritto alla salute in un dovere alla salute, non solo non riconosciuto da alcuna norma del nostro ordinamento ma, anzi, del tutto escluso dalla Costituzione. Un

ulteriore rilievo che è opponibile a questa tesi è quello relativo al concetto di salute. Infatti la salute, intesa come benessere fisico, ha oramai lasciato il posto al concetto di salute inteso nel senso di benessere psicofisico, comprensivo di tutti gli aspetti interiori della persona. In questo senso il personale perseguimento del benessere, anche psichico oltre che fisico, talvolta risultante persino da un'astensione dalle cure, non può ammettere imposizioni esterne e strumentalizzazioni, perché si perderebbe l'essenza stessa del valore della salute, il cui contenuto va individuato proprio nella sfera soggettiva individuale e non a livello collettivo.

Il secondo comma, poi, sancisce il divieto di trattamenti sanitari obbligatori, che rappresenta un principio di estrema importanza perché esclude esplicitamente che un trattamento sanitario possa essere imposto contro la volontà del malato, e quindi rende complicato l'accoglimento della tesi di un dovere alla salute. Perché questo concetto sia rispettato, è necessario che si garantisca, quindi, un diritto al rifiuto di cure per il malato, peraltro riconosciuto pressoché da tutta la dottrina giuridica.

Peraltro, dalla lettura dell'art 32, in combinato disposto con l'art. 13 relativo alla libertà personale, è stato elaborato un principio di fondamentale importanza in ambito medico, quello del consenso informato. Ora, trattandosi di casi di fine vita, assume rilievo la situazione del rifiuto di cure cosiddette salvavita, la cui mancata somministrazione o interruzione equivale ad anticipare una morte altrimenti evitabile o rinviabile.

E' il caso della cosiddetta eutanasia passiva.

In base al principio del consenso informato, che ricomprende il parallelo diritto al dissenso informato, un paziente che si trovi di fronte ad una situazione estrema può senza dubbio rinunciare alle cure, sebbene questo possa permettere l'esplicarsi degli effetti degenerativi della malattia e portarlo alla morte. Queste conclusioni sono condivise ormai sia dalla dottrina maggioritaria che dalla giurisprudenza, che ha riconosciuto in più occasioni il diritto soggettivo al rifiuto di una terapia salvavita. Infatti, ad esempio, se si pensa ad un malato la cui vita sia salvabile solo tramite un'operazione chirurgica, nessuno negherebbe la sua facoltà di accettare l'operazione così come quella di rifiutarla.

Allo stesso modo, non solo l'operazione chirurgica, ma qualsiasi terapia dovrebbe essere sempre sottoposta al vaglio della volontà del malato, qualunque siano i rischi per la sua vita. Nonostante questo principio sia ormai riconosciuto anche per via giurisprudenziale, qualche incertezza si riscontra in riferimento alle terapie di sostegno vitale, per le quali una parte della dottrina, negandone la qualificazione in termini di trattamento sanitario e quindi escludendone la riferibilità all'art. 32 Cost, ritiene inaccettabile il relativo rifiuto, determinando un dissidio nel pressoché unanime riconoscimento dell'eutanasia passiva nel nostro ordinamento giuridico. Tuttavia la Costituzione, ammette che possa sussistere un obbligo di trattamento sanitario ma solo se espressamente previsto da una disposizione di legge. Il problema, quindi, è quello di individuare se esistano delle norme che stabiliscono tale obbligo e vedere in quale misura si possano applicare ai casi di fine vita. Quella parte minoritaria della dottrina, che nega che l'autodeterminazione del paziente possa implicare una disponibilità del bene vita, indica nell'art.5 c.c., la norma da cui si

ricaverebbe l'obbligo di trattamento sanitario, poiché tale norma, negando che ciascuno possa disporre del proprio corpo quando ciò comporti una diminuzione permanente dell'integrità fisica, impedirebbe una scelta che determini la morte, come quella del rifiuto di cure salvavita, e quindi implicherebbe un obbligo di curarsi. La dottrina prevalente non ritiene però condivisibile tale ragionamento perché nel caso del rifiuto di cure non c'è un atto di disposizione, ma semplicemente si lascia che la malattia segua il suo corso naturale. Inoltre questa interpretazione appare in aperto contrasto con il dato costituzionale, perché nega ciò che la Costituzione stabilisce in via generale, cioè la libertà di autodeterminazione di fronte alle cure. Secondo questa norma costituzionale ed in linea con una dottrina pressoché unanime è, quindi, possibile affermare che in via generale è riconosciuto un diritto al rifiuto delle cure il quale renderebbe configurabile in termini legittimi la cosiddetta eutanasia passiva. Ciò nonostante, questi principi non sempre hanno ricevuto adeguato riscontro in termini di applicazione concreta nei casi che già si sono posti all'attenzione dei giudici.

In ogni caso quella dell'eutanasia passiva costituisce solo una delle prospettive secondo cui è possibile analizzare il più ampio e complesso concetto di eutanasia. Questo concetto, infatti, racchiude in sé differenti sfumature e complessità in base al caso concreto di volta in volta preso in esame.

Oltre all'eutanasia passiva di cui abbiamo detto e che si configura quando la morte è raggiunta omettendo o interrompendo il trattamento del malato esiste anche eutanasia attiva o per commissione che si concretizza invece quando un agente, di solito un medico, pone fine alla vita del malato con un agire positivo.

Una ulteriore definizione di eutanasia può poi essere fatta a seconda che vi sia o meno il consenso del paziente.

Le eutanassie prive di consenso, siano esse attive o passive, sono considerate omicidio volontario e, al massimo, agli autori delle stesse possono essere concesse le circostanze attenuanti comuni qualora si riconosca che il gesto fu animato da "motivi di pietà".

Le eutanassie consensuali, invece, cioè attuate con il consenso della vittima, salvo quanto si è detto in via di principio e salvo l'accertamento del consenso, potrebbero attivare invece gli estremi dell'art. 579 c.p. relativo l'omicidio del consenziente, fattispecie di reato caratterizzata da una minor gravità rispetto all'omicidio volontario. Una parte della dottrina, infatti, ritiene, che il consenso del soggetto che muore non escluda l'antigiuridicità dell'atto lesivo, ma valga solo a mutare la qualità del reato, che viene ridotto ad una fattispecie di minore entità rispetto all'omicidio comune.

Un'altra prospettiva di indagine interessante è quella che assume come parametro i soggetti coinvolti. A questo proposito innanzitutto si può rilevare che la fattispecie di reato addebitabile a chi pratica l'eutanasia è differente se:

- la condotta sia posta in essere da chi è legato al malato da vincoli di familiarità

- la condotta sia posta in essere da chi si occupa di lui nell'esercizio delle professioni sanitarie.

Nel primo caso si richiama l'art.570 c.p., ossia il reato di violazione degli obblighi di assistenza familiare: "Chiunque, abbandonando il domicilio domestico, o comunque serbando una condotta contraria all'ordine o alla moralità delle famiglie, si sottrae agli obblighi di assistenza inerenti alla potestà di genitori o alla qualità di coniuge è punito con la reclusione fino a 1 anno...» delineando così un obbligo giuridico in tale direzione."

Nel secondo caso non sembra, invece, che il nostro ordinamento configuri in capo al medico il dovere di lottare, sempre e comunque, contro la morte. Il medico deve operare solo con il consenso del destinatario del suo intervento o quando ricorre lo stato di necessità o se è legittimato dalla legge. Quindi vera e propria eutanasia per il medico può essere solo quella attiva, cioè quella che si pone in essere attraverso un comportamento attivo, diretto ad abbreviare la vita di una persona. L'eutanasia passiva invece, consiste nell'omissione non vietata degli atti idonei a prolungare la permanenza in vita di un individuo destinato ormai a breve alla morte e non sembra possa concretizzare un'ipotesi di eutanasia.

Esiste poi un altro tema di grande importanza che è stato al centro di accesi dibattiti per la sua complessità e delicatezza. Non si può dimenticare, infatti, il caso dei pazienti che si trovino in condizioni critiche senza più essere in grado di decidere per sé. Non potendo questi pazienti esercitare il proprio diritto all'autodeterminazione, è necessario individuare quale sia il ruolo, e il potere, dei soggetti che lo assistono e lo curano.

Tra i soggetti coinvolti nella cura del paziente vi è, naturalmente, il medico.

Deve infatti innanzitutto riconoscersi che la competenza medica è necessaria ed essenziale. E' l'*équipe* curante che ha la possibilità di valutare i parametri clinici e vitali per individuare quali trattamenti sono appropriati e quali non lo sono.

In ogni caso è opportuno il coinvolgimento di *soggetti esterni* e con competenze diverse rispetto a quelle dell'*équipe* sanitaria, salve le situazioni di urgenza medica in cui ciò non sia possibile. Al garante esterno spetta, infatti, un potere di controllo e di partecipazione alle decisioni che ricadono sull'incapace.

A questo proposito già esiste nel nostro ordinamento un importante strumento che è quello dell'amministrazione di sostegno. Questo strumento viene di fatto sempre più utilizzata nel complesso *iter* delle decisioni di accompagnamento del malato morente non più in grado di autodeterminarsi.

Questo istituto, se opportunamente modulato, può rivelarsi un buono strumento per facilitare la relazione tra l'*équipe* curante ed il paziente nel perseguimento del miglior interesse di quest'ultimo, considerato nella sua globalità e specificità di persona con i

propri bisogni ed il proprio vissuto. Questo istituto permette infatti di modulare i poteri del “sostituto” in ragione:

- a) della vicinanza con il malato;
- b) delle eventuali volontà o preferenze espresse dallo stesso;
- c) dei bisogni oggettivi di cura: ad esempio, reversibilità o irreversibilità della malattia; progressivo peggioramento o stazionarietà della situazione; invasività o non invasività degli interventi, ecc.

Attribuendo specifici poteri all'amministratore di sostegno, è possibile fornire all'*équipe* curante una adeguata certezza giuridica di quale sia il soggetto legittimato a partecipare alle scelte nell'interesse del paziente.

I possibili vantaggi dell'istituto non devono però far perdere di vista i limiti che lo stesso può incontrare nella sua concreta applicazione. Per evitare che questo strumento, da strumento di protezione, si trasformi in strumento di arbitrio è innanzitutto essenziale che il provvedimento di nomina preveda un adeguato progetto di sostegno, e preveda gli opportuni strumenti di controllo dell'operato dell'amministratore.

E' interessante evidenziare alcuni aspetti che il provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno deve rispettare.

- a) Il coinvolgimento dei familiari.

Il provvedimento, pur attribuendo un potere sostitutivo all'amministratore, lo obbliga a consultare gli altri familiari, introducendo uno strumento di garanzia rispetto al fatto che la decisione sul paziente sia il più possibile corale così che la decisione corrisponda il più possibile all'interesse di quel determinato paziente, con i suoi bisogni, le sue aspirazioni e le sue preferenze. Il dovere di consultare le persone vicine al paziente, che possano aiutare a ricostruire lo stile di vita, la personalità, le convinzioni etiche, religiose, culturali è strumentale a determinare in quale direzione lo stesso paziente si sarebbe orientato rispetto alla singola scelta di cura.

- b) Il controllo del giudice.

Il provvedimento attribuisce poi un generico potere sostitutivo nelle scelte mediche all'amministratore, ma richiede che, quando si tratti di interventi straordinari, la decisione sia sottoposta al controllo giudiziario. L'autorità giudiziaria ha, quindi, il compito di controllare la corrispondenza della decisione dell'amministratore di sostegno ad eventuali volontà ed indicazioni espresse dal soggetto beneficiario o, in mancanza, ai bisogni ed alle aspirazioni dello stesso.

- c) Il concetto di “decisioni nell'interesse del paziente” e di “volontà presunta”.

A partire dalla pronuncia sul caso Englaro (Sent. n. 21748/2007), che ha avuto vasta eco nella giurisprudenza successiva, i due criteri del «*miglior interesse del paziente*» e del rispetto

della sua «*volontà presunta*» sono ormai visti come complementari per individuare quali tra le possibili scelte sia quella che meglio corrisponda in concreto agli interessi della persona incapace in condizioni vitali critiche. È fondamentale che si individuino dei vincoli cui sottoporre il soggetto investito del potere di cura e, di conseguenza, il giudice stesso nel controllo della relativa decisione. Il sostituto deve, infatti, agire nell'esclusivo interesse dell'incapace e nella ricerca del *best interest*, decidere ricostruendo la presunta volontà del paziente incosciente, tenendo conto dei desideri da lui espressi prima della perdita di coscienza. L'applicazione concreta di questi due criteri, quello del *miglior interesse* e quello della «*volontà presunta*» può, tuttavia, essere poco agevole. È, infatti, necessario ammettere che non sempre si riuscirà a risalire alla volontà presunta del paziente e, in particolare, ciò non sarà possibile quando non vi siano elementi su cui basarsi o quando tali elementi risultino non significativi o ambigui e, soprattutto in queste ipotesi, diventa necessario ragionare nell'ottica della miglior interesse del paziente, sulla base degli interessi di quella determinata persona, della sua personalità e dalla concreta situazione.

Nel caso di conflitto tra coloro che sono chiamati a determinare quale scelta corrisponda al miglior interesse del paziente, emerge con forza il vero problema: è infatti necessario chiedersi chi abbia l'ultima parola.

Nel silenzio del legislatore, questo sembra il punto più critico ed, ancora, irrisolto.

Le possibili opzioni sembrano due:

- a) i medici, secondo parametri clinici standardizzati;
- b) la persona vicina al malato che sia investita dal giudice del ruolo di sostituto.

Entrambe le soluzioni sono problematiche.

La prima consegna una decisione così personale ed intima all'*expertise* medica e rischia, nell'assenza di linee guida consolidate, di basarsi su meri parametri vitali oggettivi o sulla sensibilità prevalente nell'*équipe* che decide; la seconda apre la porta a possibili distorsioni valutative e deve fare i conti con il fatto che nessuno possa sostituirsi in scelte così personali. Gli stessi dati empirici dimostrano che non sempre le scelte dei sostituti corrispondono a quelle che avrebbe preso il diretto interessato. Ma se una tale affermazione ha un'evidenza difficilmente contestabile è altrettanto incontestabile che anche la prosecuzione o l'inizio di una terapia non proporzionata è una scelta, scelta che può assumere il significato di abbandono della persona. Nonostante la consapevolezza dei rischi, la seconda soluzione sembra dunque quella che permette di raggiungere la maggiore consonanza possibile della decisione rispetto alla storia personale del malato.

Proprio in ossequio a questa necessità di assecondare il più possibile il volere del paziente, può essere, a questo punto utile anche un breve cenno al tema del testamento biologico o dichiarazioni anticipate di trattamento.

Il testamento biologico può essere definito come una manifestazione di volontà resa da una persona in merito alle terapie che intende o non intende accettare nell'eventualità in cui dovesse trovarsi nella condizione di incapacità di esprimere il proprio diritto di acconsentire o non acconsentire alle cure proposte.

Quella del “testamento biologico” è una questione che oggi suscita una sensibilità molto diffusa del nostro Paese, perché tocca le convinzioni religiose, culturali e morali più profonde delle persone e riguarda una fase molto delicata della vita di ciascuno di noi. Al momento il nostro sistema giuridico non prevede una normativa che disciplini questa pratica, sebbene il dibattito sia molto sentito e siano stati predisposti dei disegni di legge che però ancora non hanno superato il vaglio del Parlamento.

Nel 2011 la Camera ha approvato, con modificazioni, un disegno di legge «in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento» che ora è all'esame del Senato, in seconda lettura.

Questo disegno di legge agisce in una duplice direzione vale a dire, da un lato, limitando il contenuto delle d.a.t., posto che queste non possono porsi in contrasto con «quanto prescritto dalla presente legge» la quale dichiara di proporsi prioritariamente la tutela della salute e della vita anche nella sua fase terminale ed escludendo che le d.a.t. possano autorizzare scelte «volte comunque a cagionare la morte del paziente», con il risultato di negare il diritto di rifiutare le cure quando la prevedibile conseguenza di tale rifiuto sia la morte dell'interessato. Dall'altro lato, viene limitata l'efficacia delle d.a.t., definite come «orientamenti e informazioni utili per il medico», il quale può accoglierle o meno, con il solo obbligo di motivare la sua scelta in cartella clinica, così che esse non avrebbero valore vincolante per quest'ultimo. Per di più, le d.a.t. perdono ogni efficacia quando sussistano «condizioni di emergenza» ovvero il paziente venga a trovarsi in «pericolo di vita immediato».

In questo disegno di legge vi sono comunque alcune indicazioni molto interessanti e, in particolare, quelle relative:

- a) alla natura di atto formale delle d.a.t.. Infatti si propone di conferire al medico di medicina generale, che si presume debba informare il dichiarante, anche il potere di certificarne la sottoscrizione e di ricevere l'atto, in modo tale che egli possa anche concretamente supportare con la propria competenza professionale il dichiarante nella sua redazione,
- b) l'istituzione di un “Registro nazionale unico informatico” delle d.a.t., facilmente accessibile da parte di tutti gli operatori sanitari, nel quale raccogliere le dichiarazioni anticipate.

Tuttavia non può non notarsi come questo disegno di legge porti ad una compressione del diritto all'autodeterminazione terapeutica, che pare porsi in contrasto con il disposto dell'art. 32, secondo comma, della Costituzione il quale prevede che questo diritto possa

essere sacrificato solamente da preminenti interessi pubblici e che si debba in ogni caso rispettare la persona umana. È facile prevedere, quindi, che questa normativa, se fosse promulgata, provocherebbe una qualche ordinanza di rimessione alla Corte Costituzionale, con il risultato pratico poi di produrre una normativa ancor più frammentaria.

Appare allora, forse, più condivisibile un'altra proposta di legge, quella predisposta dall'associazione Luca Coscioni la quale sembra più rispettosa dei principi costituzionali di cui si è detto.

In primo luogo, infatti, non può negarsi che il Testamento Biologico costituisca un negozio giuridico ossia un contratto unilaterale, una «manifestazione di volontà che mira a produrre un effetto giuridico». L'effetto giuridico cui si tende, in questo caso, è quello di consentire o rifiutare una determinata terapia, esercitando così il diritto previsto dagli artt. 2, 13 e 32 Cost.. Si tratta quindi di stabilire quali siano i requisiti che esse debbono possedere tali dichiarazioni anticipate per produrre effetti giuridici. Ovviamente, infatti, poiché questa “fattispecie” non è disciplinata dalla legge ordinaria, tali requisiti possono essere ricavati solo dalla norma costituzionale e dai principi generali dell'ordinamento.

Pertanto, il primo requisito di validità, deve certamente essere la sussistenza di una manifestazione di volontà del dichiarante.

E' cioè indispensabile che il paziente abbia esteriorizzato la propria volontà al riguardo delle cure che, in un tempo futuro e in una determinata situazione, possano essergli praticate.

Questa volontà dovrà inoltre essere specificamente finalizzata a vincolare l'operato del medico, e cioè dovrà essere diretta a ottenere proprio quel determinato effetto giuridico.

Inoltre, questa dichiarazione dovrà essere sufficientemente precisa, onde consentire di identificare con sicurezza il caso, cui il dichiarante ha inteso riferirsi, e sia tale quindi da permettere di individuare con precisione tanto il “trattamento terapeutico” che il paziente intende accettare o rifiutare, quanto lo stato di salute in cui questo dovrebbe essere praticato.

Sempre con riferimento ai requisiti che le Dichiarazioni Anticipate dovranno possedere si deve notare che la stessa Cassazione civile ha affermato l'esistenza di altri due requisiti di validità rappresentati, rispettivamente, dalla preventiva informazione del paziente e dalla attualità di quest'ultima, intesa in senso strettamente cronologico, in quanto la volontà del paziente dovrebbe esprimersi proprio nel momento in cui egli venga a trovarsi in imminente pericolo di vita, e non prima.

E' sicuramente condivisibile e costituisce ormai diritto vivente il principio per cui il consenso del paziente deve essere preceduto da un'adeguata informazione.

Con riferimento, invece all'ulteriore requisito dell'attualità si può forse ritenere che, in realtà, tale limite rischia di negare la stessa efficacia della dichiarazione: pretendere che una “dichiarazione anticipata” sia espressa nell'attualità del momento in cui la scelta del paziente deve essere effettuata equivale, forse, a negare che egli possa autodeterminarsi “anticipatamente”. A questo proposito, si potrebbe osservare che il secondo comma dell'art. 32 Cost. non esclude affatto che il consenso o il rifiuto delle cure possa essere espresso anche anticipatamente.

Sempre al riguardo del tema dell'attualità, viene spesso sollevato in dottrina il problema della sopravvenienza di nuove terapie, giovevoli alla situazione di salute in cui venga a trovarsi l'incapace, di cui egli necessariamente ignorava l'esistenza nel momento in cui aveva redatto le proprie Dichiarazioni Anticipate, manifestando un rifiuto delle cure all'epoca conosciute.

In tale ipotesi, se il rifiuto espresso dal dichiarante si riferisce con precisione a ben determinate cure, per ciò stesso dovrà escludersi che esso possa operare con riguardo alla nuova terapia.

Ad ogni modo, probabilmente, sarà difficile che queste ultime considerazioni possano trovare accoglimento in una materia così delicata e quindi, probabilmente, potrà essere sufficiente cercare di modulare questo requisito temporale in modo tale da non snaturare del tutto l'effetto giuridico del testamento biologico.

Da ultimo, si pone il problema dei requisiti di forma delle Dichiarazioni Anticipate

Seppure nel nostro ordinamento sia previsto in generale il principio della libertà della forma del contratto, nella pratica tutti gli atti di natura non patrimoniale, specialmente in materia di diritti personali e familiari, sono assoggettati a rigorosi requisiti di forma. Anche con riferimento alle dichiarazioni anticipate è preferibile imporre un requisito di forma, e in particolare che debbano essere fatte per atto pubblico o scrittura privata autenticata. Questo, in particolare, per esigenze di certezza in ordine alla provenienza e al contenuto della volontà del dichiarante, e per richiamare quest'ultimo ad un'adeguata riflessione sull'importanza delle sue determinazioni.

Le Dichiarazioni Anticipate non sono attualmente disciplinate legislativamente ma ci si può chiedere quale effetto queste possano produrre nell'ordinamento oggi vigente se possiedano i requisiti di cui si è detto.

Se le Dichiarazioni Anticipate sono un atto negoziale e questo possiede tutti i requisiti di validità richiesti dal diritto positivo, non dovrebbe potersi negarsi che esso debba produrre gli effetti giuridici voluti dal suo autore, vale a dire quelli di vincolare l'operato del medico alla propria volontà.

Ciò nonostante non mancano esempi di una mancata applicazione di tali principi da parte dei magistrati e, proprio per questo, è fondamentale ed urgente che venga predisposta una disciplina legislativa che dia una risposta univoca e coerente alle questioni del fine vita.

In conclusione possiamo quindi, forse, sperare che proposte di legge, come quella redatta dall'associazione Luca Coscioni, per la quale sono state già raccolte numerosissime firme, possano essere sottoposte al vaglio legislativo con esito positivo.

Sebbene non esista ancora una disciplina normativa della materia, deve tenersi conto del fatto che i principi costituzionali ed i principi generali del nostro ordinamento non sembrano impedire eutanasia e Dichiarazioni Anticipate di Trattamento ma anzi lo riconoscono indirettamente quale espressione dei diritti di libertà personale e tutela della salute intesa in senso psico-fisico.

Avv. Daniela Cardillo