

Vallini Antonio

---

**INTRODUZIONE AL FOCUS (II).  
IL DIRITTO DI RIFIUTARE LE CURE  
E I SUOI RISVOLTI:  
SPUNTI PER UNA DISCUSSIONE  
MULTIDISCIPLINARE**

---

Estratto



Milano • Giuffrè Editore

## INTRODUZIONE AL FOCUS (II). IL DIRITTO DI RIFIUTARE LE CURE E I SUOI RISVOLTI: SPUNTI PER UNA DISCUSSIONE MULTIDISCIPLINARE

INTRODUCTION TO FOCUS (II). THE RIGHT TO REFUSE TREATMENT. REFLECTS ON PHYSICIANS LIABILITY AND SPARKS FOR A MULTIDISCIPLINARY DEBATE

**Antonio Vallini \***

### RIASSUNTO

*Ormai acquisita, non solo nell'ordinamento italiano, l'esistenza di un diritto fondamentale, o libertà, di rifiutare le cure, cui si correla un dovere, o divieto, per il medico di attuarle o proseguirle, diverse incertezze riguardano vuoi la astratta estensione di quel diritto, vuoi gli spazi per una sua concreta attuazione. In astratto, non appare particolarmente complesso definire l'oggetto dell'autodeterminazione del paziente, corrispondente a qualsiasi trattamento, anche non terapeutico, da iniziare o già in atto, idoneo ad invadere la sfera corporea e privata del malato. Profili problematici si riscontrano, piuttosto, rispetto ai soggetti, essendo ad esempio discussa la facoltà del rappresentante di rifiutare trattamenti in nome del paziente incapace, così come, per altro verso, la possibilità per il medico di non interrompere personalmente un trattamento rifiutato, delegando eventualmente altro collega. In concreto, la validità di un dissenso alle cure può risultare dubbia quand'esso non sia attuale, specialmente in un ordinamento, come quello italiano, che ancora non disciplina le c.d. "direttive anticipate". V'è poi da chiarire quale responsabilità possa essere addebitata al medico nel caso di violazione delle regole in tema di rifiuto di cure, e se in certi casi possa addirittura riscontrarsi un reato di "maltrattamenti", così come è da valutare l'operatività delle cause di giustificazione in questo settore. L'autore offre questi ed altri spunti di discussione come introduzione al forum, manifestando una predilezione per soluzioni che, senza muovere da valutazioni aprioristiche e generalizzanti circa la validità o invalidità del dissenso in situazioni problematiche, sappiano adattarsi duttilmente alle specificità della singola vicenda concreta.*

---

\* Professore Associato di Diritto penale presso il Dipartimento di scienze giuridiche dell'Università degli studi di Firenze - [antonio.vallini@unifi.it](mailto:antonio.vallini@unifi.it)

**ABSTRACT**

*The existence of a constitutional right, or a freedom, to refuse medical treatments — which corresponds to a duty, or a prohibition, for the doctor to execute or carry on them — is already recognised, and not only in the Italian legal system. However, several uncertainties remain about the abstract extension of this right and the spaces for its concrete actualization. In the abstract, it is not particularly problematic to define the object of the patient's right to self-determination, that corresponds to any treatment — from a non-therapeutic to a life-saving one — to start (or already in action). Rather, it's possible to observe problematic profiles about the subjects. For example, it's discussed the discretion of the agent to refuse treatments in name of the incapable patient or, in the same way, the chance for the doctor to not interrupt personally a refused treatment, maybe delegating it to another colleague. Virtually, the validity of a refusal to treatments may be dubious, above all when it is not present, especially in a legal system, like the Italian one, which still doesn't regulate the so-called "Previous directives". Furthermore, it has to be clarified what kind of culpability could be charged to the doctor who violates the rules on refusal of treatments, and if it could be recognised even as a crime of "mistreatment"; in the same way, it has to be evaluated the workability of the grounds of justification in this sector. The Author offers these and other ideas as an introduction to the forum. He expresses his preference for solutions which are adaptable to the specificities of the real event, without moving from an ex ante assessments and generalizing about the validity or invalidity of dissent in problematic situations.*

**Parole chiave:** diritto di rifiutare le cure; dichiarazione anticipata di trattamento; eutanasia

*Key Words:* Right to Refuse Treatment; Living Will; Euthanasia

1. Può darsi ragionevolmente per acquisito lo statuto privilegiato del diritto di rifiutare le cure (o, se si preferisce, della libertà di non subire cure), quale prerogativa costituzionale ex art. 32, 2° co., Cost., confermata da fonti sovranazionali nei termini di un "diritto dell'uomo", espressione particolare di principi più generali, altrettanto indeclinabili (libertà da intromissioni sgradite sul corpo, inteso come sfera fisica cui si correla una libertà di carattere "morale", ex art. 13 Cost.; principio di laicità e, dunque, libertà da imposizioni paternalistiche sulle proprie scelte esistenziali e sulla propria salute). In tal senso si riscontra una significativa convergenza di dottrina, giurisprudenza *in primis* costituzionale, giurisprudenza delle Corti sovranazionali, riferimenti comparatistici.

D'altro canto dell'art. 32, 2° co., Cost. è tanto chiaro il tenore letterale, quanto ne è chiara la *ratio*, illuminata da concordi evidenze teleologiche, sistematiche, e storiche <sup>1)</sup>.

Le certezze, tuttavia, finiscono qui (nella misura in cui si può parlare di certezze nelle nostre discipline). La portata altamente problematica della questione, rispetto alla quale sollecitiamo il confronto tra gli autorevoli studiosi coinvolti nel presente *forum*, subito emerge quando si tratta di tracciare un confine preciso agli *spazi di operatività* di quel diritto di rifiutare le cure. Nella consapevolezza che quel confine — ancora piuttosto fluido — separa *due ambiti contrapposti di virtuale responsabilità del medico*: da un lato la responsabilità per non aver curato o, addirittura, aver lasciato morire (nel caso in cui il medico “rispetti” un rifiuto di cure in realtà non “operativo” nel caso di specie); dall'altro lato, la responsabilità per offese all'autodeterminazione del paziente (nel caso in cui il medico “non rispetti” un rifiuto di cure in realtà del tutto valido).

Ecco perché il tema è particolarmente sensibile, dal punto di vista del sanitario: in qualunque direzione oltrepassi quel confine, da qualunque lato si ponga, egli si espone a possibili conseguenze, civili o penali, e deontologiche. Ecco perché la questione è specialmente delicata per il paziente: vi è il rischio che il medico, con spirito “difensivo” (di se stesso), opti per la soluzione che realisticamente comporta meno probabili addebiti di responsabilità, anche quando non si tratti della soluzione più rispettosa delle istanze dell'assistito.

Ora, di quegli spazi di “operatività” del diritto di rifiutare le cure bisogna sondare tanto la *dimensione “astratta” e sistematica* (limiti interni ed esterni del diritto, che valgono sempre e comunque), quanto quella legata alle *cangianti peculiarità del caso concreto* (cioè a connotati della singola vicenda che possono rendere problematico definire, in concreto, profili in astratto essenziali di quel diritto).

2. Dal punto di vista *astratto*, pare un falso problema quello dell'*oggetto* del diritto di rifiutare le cure (problema che si manifesta, ad esempio, discutendo della riconducibilità all'art. 32, 2° co., Cost. del rifiuto di trattamenti da alcuni ritenuti “non medici”, come l'alimentazione e l'idratazione artificiali; ovvero della possibilità di rifiutare trattamenti “salvavita”; o, ancora, quando si sostiene che si può rifiutare l'*inizio* di un trattamento, non però la *prosecuzione* di un trattamento lecitamente iniziato).

In primo luogo già dal punto di vista letterale l'art. 32, 2° co., dimostra una peculiare ampiezza, parlando non già di trattamenti “curativi”, bensì, più in generale di un qualsiasi trattamento sanitario (dunque anche trattamenti privi di capacità terapeutica), e senza distinguere tra trattamenti già in atto o da iniziare. È però soprattutto la *ratio* — e la sistematica — di quel diritto, nel quadro dell'impianto laico e personalista della nostra Costituzione, e più in generale la sua riconosciuta natura di norma “speciale” rispetto a

1) Per più ampie indicazioni, su questo ed altri punti, rinviamo ad A.Vallini, *Rifiuto di cure “salvavita” e responsabilità del medico: suggestioni e conferme dalla più recente giurisprudenza*, in *Diritto penale e processo*, 2008, 68 ss.

quella “generale” dell’art. 13 Cost., che lascia intendere come *qualsiasi atto invasivo del corpo, e della libertà, possa essere rifiutato in quanto tale*, a prescindere che gli si possa apporre l’etichetta di “terapia”, “trattamento sanitario”, e a prescindere dal fatto che originariamente fosse coperto dal consenso. Per altro verso, essendo la vita un diritto, non un dovere, non si vede per quale ragione chi sia prossimo alla morte, o in pericolo di vita, debba essere privato *a priori* di quella facoltà di rifiutare le cure che spetta a qualsiasi altro soggetto. L’idea che, in linea di principio, si possano rifiutare trattamenti anche salvavita è altresì supportata dalla constatazione delle conseguenze assurde che si produrrebbero adottando la diversa soluzione. Non a caso quell’idea è ormai da tempo sostenuta dall’assoluta maggioranza della dottrina, di più diversa estrazione culturale, ed è consolidata nella giurisprudenza penale, civile, costituzionale, nonché confermata dai riferimenti comparatistici.

Non “regge”, peraltro, l’ipotesi che lo *stato di necessità* (art. 54 c.p.) possa consentire al medico di imporre trattamenti salvavita in dispregio del rifiuto di cure, o addirittura lo obblighi in tal senso. Fermo restando che dall’art. 54 c.p. si trae al più una facoltà, non certo un dovere, quella norma non è in grado di operare nel settore sanitario, al punto di “scardinare” il principio costituzionale dell’autodeterminazione sanitaria. Di quella scriminante difettano, in tal caso, vari requisiti (ad es. la “costrizione”, la “proporzione”, l’“illiceità dell’offesa”).

Il vero problema — circa, ripetiamo, l’operatività *in astratto* del diritto — è dato dunque non dall’oggetto del rifiuto, bensì dai *soggetti*.

La *titolarità del diritto di rifiutare le cure* è, ovviamente, del malato; rimane tuttavia aperto il problema della *possibilità di operare per rappresentanza*, quale momento di frizione con la necessaria “personalità” di un atto di disposizione dalle implicazioni così rilevanti. Sul punto merita un cenno l’ormai ampia giurisprudenza civile — da molti criticata — che riconosce all’amministratore di sostegno la facoltà di esprimere il rifiuto di cure in nome e per conto del paziente ormai incapace. Assume particolare rilievo, poi, il noto caso “Eluana Englaro”, in rapporto al quale la Cassazione civile — argomentando in modo indubbiamente suggestivo da una serie di norme costituzionali, del codice civile, di fonte sovranazionale — ha riconosciuto un potere del rappresentante legale, subordinato a un controllo in sede giudiziale, di esplicitare una sorta di “dissenso presunto” imputabile ad una persona che mai, però, aveva manifestato un rifiuto di cure espresso ed evidente.

È bene segnalare che sulla soluzione del caso “Eluana Englaro” pesa in modo decisivo, come evidenziato nelle motivazioni della sentenza, la peculiare condizione clinica in cui la ragazza versava (stato vegetativo permanente e persistente). Se, difatti, si mette in dubbio che quella condizione corrisponda *senz’altro* a uno stato di salute, e obiettivamente a un *best interest* del paziente, e per altro verso si ricollega l’obbligo di garanzia del medico alla salvaguardia della salute e degli interessi dell’assistito, non necessariamente al prolungamento della vita biologica, il rilievo del rifiuto di cure espresso dal rappresentante

trova legittimazione in una dimensione concettuale ben diversa da quella prefigurata da chi invece ritiene il medico sempre e comunque tenuto a salvaguardare la vita del paziente, anche nelle sue espressioni, per così dire, “minimali”. Su questa fattispecie si sconta insomma, a monte, un contrasto tra *paradigmi valoriali* difficilmente riducibili mediante un qualche compromesso; e l’opzione per l’uno o per l’altro non sembra, questa volta, univocamente orientata da principi codificati.

Merita altresì aggiungere che queste espressioni problematiche del diritto di rifiutare le cure riguardano *non solo il requisito della “personalità”, ma anche quello della “attualità”* (profili strettamente interconnessi: in mancanza di un paziente che, attualmente e con la propria bocca, manifesta un rifiuto di cure, inevitabilmente la ricostruzione di una sua volontà “passa” dalla mediazione altrui, e quindi incide sul profilo della personalità).

Altro problema che concerne la sfera “soggettiva” è quello della *titolarità del diritto — dovere di salvaguardare / rispettare il rifiuto di cure*.

A un diritto corrisponde giocoforza il dovere di salvaguardarlo (se vogliamo parlare di “libertà”, possiamo dire che a una libertà di rifiutare le cure corrisponde un divieto di praticarle); un diritto soggettivo (se preferiamo: una libertà negativa) si impone *erga omnes*. Ora, se è indubbio che il medico ha il dovere di non iniziare cure rifiutate dal paziente (pena l’integrazione di illeciti civili e penali), maggiormente discusso è chi abbia il dovere di *interrompere* cure lecitamente iniziate (o, se si preferisce, incontri il divieto di proseguire quelle cure), e però da un certo momento in poi rifiutate dal paziente (la questione è emersa in relazione ad un’altra vicenda di grande rilievo mediatico, il c.d. “caso Welby”).

In queste situazioni, per vero, quel “dovere” avrebbe ad oggetto non una astensione, bensì una *azione*: attivarsi per interrompere una terapia, così provocando il decesso. Si comprendono, dunque, le maggiori resistenze anche della classe medica (che non sempre ritiene compatibile con la propria deontologia un intervento orientato a provocare la morte), cui corrisponde, in dottrina, ora la convinzione che in questi casi il medico abbia la facoltà, ma non l’obbligo, di sospendere il trattamento — ipotesi che tuttavia espone il paziente al rischio di non veder mai esaudita la propria richiesta — ora l’idea che il medico mantenga un dovere di interrompere le cure, ma possa in varia guisa “delegarlo” ad altri colleghi (anzi “debba” delegarlo, laddove decida di non operare in proprio, perché comunque in qualche modo, e da qualcuno, la pretesa del paziente dovrà essere soddisfatta). Più in generale, si può discutere dell’esistenza di un *dovere di interrompere, accompagnato però da un diritto praeter legem all’obiezione di coscienza*, di cui bisognerebbe comunque individuare i limiti, sempre per non vanificare, nei fatti, il diritto del paziente a non subire, o a non subire più, sul proprio corpo, quello che non vuole o non vuole più subire.

Interessante altresì valutare i profili di *tipicità penale* di una eventuale violazione del supposto obbligo di interrompere le cure (più immediati ed evidenti — ma è da appro-

fondire — gli aspetti di illiceità civile). In un precedente lavoro, prospettavamo, problematicamente, l'eventualità di configurare un reato di *maltrattamenti nel contesto di un rapporto di cura*, in questo e in altri casi analoghi, (stante, per altro verso, la difficoltà di immaginare una violenza privata per omissione). Tale idea è stata contestata anche da autorevole dottrina, ma con argomenti forse non decisivi, perché incentrati vuoi su di una “casistica paradigmatica” cui quel delitto farebbe riferimento (quale sia lo spazio di applicazione di una figura di reato è però valutazione che deve seguire, non precedere, l'interpretazione della disposizione incriminatrice); vuoi alla circostanza che un reato abituale non potrebbe riferirsi a condotte di carattere permanente (ma è una petizione di principio che il concetto di “maltrattamenti” si riferisca solo a condotte abituali, e che una condotta permanente non possa considerarsi forma estrema, per così dire, di una condotta abituale); vuoi, infine, a valutazioni di convenienza. A questo ultimo proposito, vorremmo che quella proposta fosse ritenuta non già il sintomo di un “accanimento persecutorio” contro i medici (in realtà auspichiamo una disciplina che tuteli il rifiuto di cure prevedendo e ben disciplinando, al contempo, il diritto all'obiezione di coscienza), bensì l'esito di un necessario interrogativo, al quale il penalista non può sottrarsi per ragioni di “opportunità”, circa la possibile tipicità di una condotta che comunque compromette gravemente un altrui diritto fondamentale (con pesanti ripercussioni sulla sua sfera morale, come il “caso Welby” insegna).

Il problema della soggettiva titolarità del diritto-dovere di interrompere le cure già in atto si pone anche in altra prospettiva: questa volta per valutare non gli spazi di tipicità dell'eventuale trasgressione a quel dovere, ma, in senso contrario, per misurare gli spazi di *legittimità* (di “non anti-giuridicità”) dell'intervento che interrompe le cure (configurabile come “omicidio del consenziente”), quando compiuto *non dal medico che aveva in gestione il paziente*. Nella sentenza del GUP di Roma sul “caso Welby - Riccio”, ad esempio, si è affrontato il problema se fosse comunque scriminato dall'adempimento di un dovere l'atto di interruzione delle cure compiuto da un sanitario — il dott. Riccio — intervenuto a trattare il paziente solo da ultimo, per sopperire al rifiuto di sospensione opposto dai curanti, e con l'unico scopo di *interrompere* quelle cure (peraltro nel modo tecnicamente più opportuno).

Segnalo che il problema è più ampio (e, per certi versi, più conturbante): se, infatti, esiste un diritto di ottenere l'interruzione delle cure, il proseguire di quelle cure delinea una situazione obiettivamente “ingiusta”, come tale esposta al legittimo *intervento “di necessità”, o “difensivo”, di soggetti terzi, fossero pure non medici, ex artt. 52 e 54 c.p.*. Avrebbero potuto giovare di tale scriminante eventuali parenti o amici del sig. Welby, che ne avessero procurato la morte interrompendo le cure, così da ovviare alle resistenze dei medici?

3. Passando, invece, al problema della *operatività in concreto del rifiuto di cure*, tema particolarmente discusso è quello del rilievo da attribuire al requisito della *attualità*, che

può difettare in senso strettamente cronologico quando il paziente, dopo il dissenso, si faccia incosciente e dunque non possa fornire al medico conferme o smentite. È il dilemma da affrontare nel caso in cui, su di una persona priva di sensi e bisognosa urgentemente di una trasfusione di sangue, si rinvergano documenti contenenti più o meno puntuali espressioni di opposizione esattamente a quel trattamento, per ragioni religiose. È il problema che si è posto nel già citato “caso Welby”, quando la Procura di Roma, pur affermando il diritto del paziente di ottenere la sospensione di cure, dubitava della permanente validità di quel dissenso non appena Welby fosse stato anestetizzato, quale operazione preliminare alla sospensione della ventilazione polmonare. È, più in generale, la questione delle *direttive anticipate di trattamento*.

In altri termini, fermo restando *in astratto* la validità del rifiuto di cure anche salvavita del paziente, *in concreto la situazione attuale di incoscienza può rendere dubbio se quel rifiuto ancora, effettivamente, sussista*.

L'idea della necessaria attualità cronologica del dissenso porta ad esiti francamente paradossali (come poter pensare che il fermo e radicato rifiuto di cure di Welby, espresso per anni in un *blog*, confermato in un libro e in una lettera al Presidente della Repubblica, ribadito al dott. Riccio fino a pochi minuti prima della morte, fosse d'un tratto “svanito” a causa di una anestesia?). Si può, insomma, pure concordare con il principio “in dubio pro vita”, e tuttavia bisogna *che un dubbio sul perdurare di quel dissenso alle cure effettivamente e ragionevolmente vi sia*. Non è plausibile collegare quel dubbio *ipso facto* a qualsiasi situazione di sopravvenuta incoscienza (sul punto è di supporto la Convenzione di Oviedo, secondo la quale preve manifestazioni di dissenso del paziente incosciente “dovranno essere prese in considerazione”).

Per tale ragione si propone di sostituire ad un'idea di attualità intesa in senso “cronologico”, una attualità intesa, invece, in senso “logico” o funzionale. Così ragionando, tuttavia, in assenza di una disciplina legale è arduo definire i *criteri cui ispirare l'accertamento di quella attualità “logica”* (quando, ad esempio, si può sostenere che la situazione clinica e/o il tipo di intervento resosi necessario “corrispondono” a quelli verso i quali il paziente aveva avanzato un dissenso?); nonché *il problema del soggetto a cui spetta compiere una tale, delicatissima valutazione: il parente? Il medico?* (sicché il problema dell'attualità, come già segnalavamo, *fatalmente si traduce in un problema di personalità del rifiuto di cure*).

Poiché poi, in ogni caso, un giudice potrebbe essere chiamato a valutare l'accaduto *a posteriori*, si pone altresì la *questione dei margini di responsabilità civile e penale di un medico che abbia inteso il requisito della “attualità” di un certo rifiuto di cure in un modo poi non condiviso dal giudice medesimo* (ad es.: il medico intende quel dissenso come attuale, lo rispetta e lascia morire il paziente. Il giudice ritiene, invece, che quella previa manifestazione di volontà intenti non fosse più valida e che dunque il medico dovesse intervenire: la responsabilità per omicidio potrà essere esclusa se non altro per difetto dei requisiti soggettivi? E che dire della correlata responsabilità civile? Caso contrario: il medico



interviene considerando inattuale il dissenso, il giudice invece suppone che il rifiuto di cure dovesse essere rispettato: di che risponde il medico, per aver in questo modo offeso la “libertà morale” del malato?).

4. È evidente che su tutti questi profili problematici, e su altri ancora, pesa l'esigenza di individuare soluzioni *equilibrate*.

Fatalmente, infatti, se si enfatizzano oltre il ragionevole (in astratto e in concreto) i requisiti dell'attualità e della personalità, e — per altro verso — si accentua oltremodo la facoltà del medico di non praticare attività in varia guisa “orientate alla morte”, si corre il rischio di frustrare *a priori* il diritto al dissenso rispetto a un numero notevole di casi clinici, e dunque di *vanificare in concreto la valenza astratta di quella prerogativa fondamentale*. Se, per contro, si svalutano oltre il ragionevole quei riferimenti, si corre persino il rischio di *tradire la logica dell'autodeterminazione* in ambito sanitario (con correlata, indebita offesa alla salute o alla vita), *nel mentre, apparentemente, la si afferma*: perché in realtà si finisce con l'attribuire rilievo a un consenso non genuino, o addirittura meramente presunto, di cui arbitro non è più il malato, ma qualcun altro che a lui si sostituisce.

In ogni caso non ci sembrano plausibili approcci generalizzanti. Giusta la preoccupazione che il rifiuto di cure possa talora sottendere una implicita richiesta di aiuto, o essere il frutto di una situazione di sostanziale abbandono o di diminuita capacità, o ancora venire strumentalizzato in ottiche “economicistiche”; e, però, siccome *non è sempre così* (la vicenda dell'orgogliosa, sofferta, meditata, argomentata, contrastata, ribadita pretesa di Piergiorgio Welby *docet*) non si possono accettare soluzioni che conculcano paternalisticamente una sfera di libertà costituzionalmente tutelata, rivendicata da persone in piena facoltà e consapevolezza, in nome dell'astratto scopo di salvaguardare situazioni di “debolezza” che, nel caso specifico, non sono riscontrabili. Così come bisogna fare attenzione al rischio insito in generalizzazioni di segno contrario, che immaginano il paziente che pretende “d'essere lasciato morire” sempre e comunque perfettamente libero, consapevole e deciso.

Se questi equilibri sono ardui da raggiungere *de iure condito*, si impone un suo perseguimento *de iure condendo*, ad es. attraverso una “buona” legge sulla rinuncia al trattamento medico salvavita — la quale potrebbe prevedere forme di verifica “procedimentale” della serietà e libertà della pretesa del paziente, senza peraltro mai potersi estendere ad una valutazione sulla “condivisibilità” dei motivi della richiesta — e sulle direttive anticipate o “testamento biologico” che dir si voglia. Fino a che punto, nondimeno, si possono tassativamente “codificare” le condizioni in presenza delle quali un rifiuto di cure non attuale è *senz'altro valido*, o *senz'altro invalido*? Non sarebbe comunque necessario lasciare spazi di discrezionalità in concreto, e, semmai, a chi? Al medico? A un fiduciario? A un comitato etico? Certe tipologie di cura, poi (ad es. “alimentazione e idratazione

artificiali”), si potrebbero estromettere *a priori* dal novero di quelle potenzialmente oggetto di un “testamento biologico”?

5. Convitato di pietra di tutta la discussione sul rifiuto di cure, *de iure condito e de iure condendo*, è la tematica della *eutanasia*. Molti dei tentativi volti a ridurre gli spazi di operatività del rifiuto di cure muovono, manifestamente o implicitamente, dal timore che un riconoscimento troppo ampio di quella che alcuni definiscono “eutanasia passiva consensuale” costituisca un “viatico” per ammettere, poi, l’eutanasia attiva consensuale. Per converso, chi non ritiene affatto un tabù l’eutanasia attiva consensuale, addirittura sostenendo l’esistenza di un diritto di darsi la morte, è meno restio ad individuare limiti al diritto di rifiutare le cure.

Non essendo certo questo *forum* la sede per discutere della ancor più complessa tematica della “dolce morte”, quel che semmai è da valutare è quanto regga sul piano logico-giuridico la distinzione, tradizionale e affermata in ogni sede, tra *eutanasia passiva* consensuale e, invece, *eutanasia attiva* consensuale; la prima espressione di un diritto a non subire intromissioni sgradite sul corpo (ma non di un “diritto di morire”: il paziente non chiede di essere ucciso, bensì di non subire interferenze terze in un processo di morte dipendente dalla patologia); la seconda, invece, correlata a un eventuale “diritto di morire”.

Sempre più voci, nel dibattito bioetico e giuridico (su fronti diversi, ed esprimendo preoccupazioni opposte), cominciano a dubitare della plausibilità di questa distinzione, che nei fatti — a fronte di una pari pretesa di sottrarsi a una analoga, drammatica condizione di “fine vita” — discrimina tra patologia e patologia: tra chi non sia in grado di “morire da solo” (o di darsi la morte da solo), e chi, invece, sia in condizione di spegnersi “naturalmente”, in virtù di una semplice rinuncia alle cure.