

## SERGIO VINCIGUERRA

### Notizie sulla recente legge spagnola in tema di eutanasia

**SOMMARIO:** Premessi alcuni cenni sulla funzione della legge organica nella legislazione spagnola, l'a. espone le modificazioni apportate alla norma del codice penale incriminatrice dell'aiuto al suicidio (art. 143) e la complessa disciplina dei rapporti fra medico e paziente, quando questi chiede al medico di aiutarlo a morire, e conclude con qualche osservazione sul regime sanzionatorio previsto nel caso dell'inosservanza di quanto dispone in argomento la legge organica e sulla necessità di interventi integrativi di essa da parte del legislatore.

1. - Al termine di un lungo e sofferto cammino, perché, «come è avvenuto in Italia, anche in Spagna abbiamo esempi drammatici di persone che hanno lottato per ottenere i diritti consacrati da questa legge»<sup>1</sup>, l'eutanasia ha fatto il proprio ingresso nell'ordinamento giuridico spagnolo con la legge organica 24 marzo 2021 n. 3 (*Ley Organica de Regulación de la Eutanasia*, di seguito LORE), che entra in vigore a tre mesi dalla pubblicazione nel *Boletín Oficial de l'Estado* avvenuta il 25 marzo 2021, tranne l'art. 17, riguardante le Commissioni di garanzia e valutazione di cui diremo, che è entrato in vigore il 26 marzo (secondo quanto stabilisce la quarta disposizione finale della LORE).

Nell'ordinamento spagnolo sono denominate ufficialmente leggi organiche «quelle relative all'attuazione dei diritti fondamentali e delle libertà pubbliche» (art. 81.1 cost.<sup>2</sup>), per la votazione delle quali è richiesta la maggioranza assoluta del Congresso (art. 81.2 cost.<sup>3</sup>) e «la dottrina penale spagnola e la stessa giurisprudenza del tribunale costituzionale hanno inteso che la totalità delle leggi penali devono essere leggi organiche ... Non può essere creata alcuna norma penale mediante leggi ordinarie e, ovviamente a maggior ragione, mediante decreti-legge o regolamenti», ma non fino al punto «che la totalità dei precetti penali, integrati dagli elementi della condotta e della sanzione, si trovi completamente espressa nella stessa legge organica. Ciò non avviene quando la descrizione si riferisce a elementi normativi di integrazione extra penale o quando si ricorre alla legge penale in bianco»<sup>4</sup>.

Quando in una legge organica sono introdotte norme che per il loro contenuto il legislatore ritiene estranee all'obbligo di essere inserite in una legge organica, in essa ne dà atto, rendendo così possibile la loro approvazione (e/o una loro successiva modifica) a maggioranza non assoluta.

Nella LORE questo compito è svolto dalla terza disposizione finale, rubricata «natura ordinaria di determinate disposizioni», dove è detto che la LORE è una legge organica ma con l'eccezione di

---

1 C. Juanatey Dorado, M. L. Cuerda Arnau, *La nuova legge organica che disciplina l'eutanasia volontaria in Spagna*, in *Diritto pen. XXI secolo*, 2021, sub n. 1 ed ivi una breve rassegna di questi casi.

2 L'articolo prosegue aggiungendo che lo sono anche «quelle che approvano gli Statuti di autonomia ed il regime elettorale generale e le altre previste dalla Costituzione».

3 Precisamente, secondo questa norma, «l'«approvazione, modifica o deroga delle leggi organiche comporterà la maggioranza assoluta del Congresso con una valutazione finale del progetto nel suo insieme». La legge in questione è stata approvata con 202 voti favorevoli, 141 contrari e due astensioni: cfr. C. Juanatey Dorado, M. L. Cuerda Arnau, *op. cit.*, sub n. 2.

4 G. Quintero Olivares, *Le fonti nel sistema penale spagnolo*, in *Diritto pen. XXI secolo*, 2009, 7 ss. (12).

alcune disposizioni che hanno carattere di legge ordinaria: precisamente, quelle degli artt. 12, 16.1, 17 e 18<sup>5</sup>, tutte e sette le disposizioni additive<sup>6</sup> e l'unica disposizione transitoria<sup>7</sup>.

2. - Lo scopo della LORE è evidenziato nel preambolo del suo testo ufficiale, dove si legge che «eutanasia etimologicamente significa "buona morte" e può essere definita come l'atto deliberato di porre fine alla vita di una persona, prodotto dalla volontà espressa della persona stessa e con l'obiettivo di evitare la sofferenza ... La legalizzazione e la disciplina dell'eutanasia si basano sulla compatibilità di alcuni principi essenziali che sono alla base dei diritti delle persone e sono enunciati nella costituzione spagnola. Sono, da un lato, i diritti fondamentali alla vita e all'integrità fisica e morale, e dall'altro, beni costituzionalmente protetti come la dignità, la libertà o l'autonomia della volontà ... In definitiva, questa legge introduce nel nostro sistema legale un nuovo diritto individuale come l'eutanasia. Essa è intesa come l'azione che produce la morte di una persona direttamente e intenzionalmente attraverso una relazione causa-effetto unica ed immediata, su richiesta di detta persona informata, espressa e ripetuta nel tempo e svolta in un contesto di sofferenza dovuta a una malattia o condizione incurabile che la persona sperimenta come inaccettabile e che non ha potuto essere mitigata con altri mezzi. Così definita, l'eutanasia si collega a un diritto fondamentale della persona tutelato costituzionalmente, come la vita, ma che si deve conciliare (*cohonestar*) anche con altri diritti e beni, parimenti protetti costituzionalmente, come l'integrità fisica e morale della persona (art. 15 CE), la dignità umana (art. 10 CE), il valore superiore della libertà (art. 1.1 CE), la libertà ideologica e di coscienza (art. 16 CE) o il diritto alla *privacy* (art. 18.1 CE). Quando una persona pienamente capace e libera si trova di fronte ad una situazione di vita (*vital*) che, a suo giudizio, viola la sua dignità, la sua *privacy* e integrità, come definita nel contesto eutanasiario sopra descritto, il bene della vita può declinare a favore di altri beni e diritti con i quali deve essere ponderato, perché non esiste alcun dovere costituzionale di imporre o tutelare la vita a tutti i costi e contro la volontà del titolare del diritto alla vita. Per questa stessa ragione, lo Stato è obbligato a fornire un regime giuridico che stabilisca le garanzie necessarie e di certezza giuridica»<sup>8</sup>.

Per queste ragioni, la LORE include entro la nozione di eutanasia il diritto di ciascuno di infliggersi la morte o di chiedere ad altri di aiutarlo ad infliggersela o di infliggergliela direttamente.

Uno sguardo panoramico sulla normativa della LORE ne evidenzia un contenuto molto ampio, che traccia la disciplina dell'eutanasia nell'ordinamento spagnolo diffondendosi in vari settori di esso, inclusa la modificazione della fattispecie penale del suicidio (art. 143 c.p.sp.), e individua nelle condotte dei malati e del personale sanitario situazioni scriminanti riconducibili all'esercizio di un diritto o all'adempimento di un dovere (v. art. 20.4.7° c.p. sp. e art. 51 c.p. it.), con una funzione paragonabile a quella svolta nel nostro ordinamento dalla legge n. 219-2017.

La modificazione dell'art. 143 c.p.sp., introdotta dalla prima disposizione finale della LORE, è consistita nella sostituzione del 4° comma e nell'aggiunta di un comma 5°, lasciando inalterati i primi tre commi.

All'esito di ciò il testo attuale dell'art.143 è pertanto il seguente:

---

5 Queste norme riguardano la comunicazione alla Commissione di garanzia e valutazione dopo la fornitura di aiuti per i morenti (art. 12), l'obiezione di coscienza degli operatori sanitari direttamente coinvolti nella fornitura di aiuti per i morenti (art. 16.1), la creazione e composizione della Commissione di garanzia e valutazione (art. 17), le funzioni di tale Commissione (art. 18).

6 Tali disposizioni riguardano: la valutazione legale della morte conseguita nell'ambito della LORE come «morte naturale a tutti gli effetti» (1<sup>a</sup> disp. add.), importante e da segnalare per il caso che il malato avesse stipulato un'assicurazione sulla vita; il regime sanzionatorio delle trasgressioni alle disposizioni della LORE, «ferme restando le eventuali responsabilità civili, penali e professionali o statutarie (2<sup>a</sup>), vi torneremo su in prosieguo; il rapporto annuale al Mistero della sanità (3<sup>a</sup>); il sostegno alle persone disabili (4<sup>a</sup>); la tutela giudiziaria (5<sup>a</sup>); il manuale delle buone pratiche per garantire la fornitura degli aiuti alla morte (6<sup>a</sup>); la formazione del personale sanitario per l'applicazione della LORE (7<sup>a</sup>).

7 Riguardante la normativa sul funzionamento delle Commissioni di garanzia e valutazione fino a quando non sarà emanata una specifica regolamentazione.

8 Preambolo, *sub* I.

«1. Chi induce altri al suicidio è punito con la pena della prigione da quattro a otto anni.

2. Si applica la pena della prigione da due a cinque anni a colui che coopera con atti necessari al suicidio di una persona.

3. È punito con la pena della prigione da sei a dieci anni se la cooperazione giunge al punto di infliggere la morte.

4. Chi causa o coopera attivamente con atti necessari e diretti alla morte di una persona che è afflitta da una sofferenza grave, cronica e invalidante (*impossibilitante*) o da una malattia grave ed incurabile, con sofferenze fisiche o psichiche costanti ed insopportabili, per la sua richiesta espressa, seria ed inequivocabile, è punito con la pena inferiore di uno o due gradi rispetto a quelle indicate nei commi 2 e 3<sup>9</sup>.

5. Nonostante quanto previsto nel comma precedente, non incorre in responsabilità penale chi causa o coopera attivamente alla morte di un'altra persona secondo quanto previsto dalla legge organica che disciplina l'eutanasia».

3. - Secondo l'art. 143 c.p.sp. non tutte le forme di aiuto al suicidio dei malati, che si trovano in gravi condizioni di sofferenza, sono penalmente lecite, ma solo quelle eseguite in conformità alle previsioni della LORE, che nel quarto comma definisce anche le situazioni costituenti il presupposto dell'aiuto al suicidio.

A norma dell'art. 3 lett. *b* LORE, «sofferenza grave, cronica e invalidante» significa «situazione che fa riferimento a limitazioni le quali incidono direttamente sull'autonomia fisica e sulle attività della vita quotidiana, in modo tale da non permettere di badare a se stessi, nonché sulla capacità di esprimersi e relazionarsi, e che sono associate a sofferenze fisiche o psichiche costanti e intollerabili per chi ne è afflitto, con sicurezza o grande probabilità che tali limitazioni persistano nel tempo senza possibilità di guarigione o di apprezzabile miglioramento. A volte può comportare dipendenza assoluta dal supporto tecnologico».

Secondo la successiva lett. *c* dell'art. 3 LORE, «malattia grave e incurabile» è «quella che per sua natura provoca sofferenze fisiche o psichiche costanti e insopportabili senza possibilità di sollievo che la persona considera sopportabile, con prognosi di vita limitata, in un contesto di fragilità progressiva».

Pertanto, chi presta aiuto al suicidio in assenza anche di uno solo dei requisiti previsti nell'art. 143.4 (malattia grave e incurabile, sofferenze fisiche o psichiche costanti ed insopportabili, richiesta espressa, seria ed inequivocabile) incorre, secondo i casi, in uno dei delitti previsti nei primi tre commi di questo articolo.

Se agisce in presenza di questi tre requisiti, incorre nel delitto previsto nel quarto comma dell'art. 143.4, ma a norma del quinto comma non è punibile per tale delitto, qualora l'azione svolta in presenza di questi suoi elementi costitutivi, sia tenuta secondo le modalità prescritte dalla LORE.

Come stabilito dalla nostra Corte costituzionale nella sentenza n. 242-2019 secondo il ragionevole indirizzo seguito anche nelle altre legislazioni che si occupano di questa materia<sup>10</sup>, la LORE prescrive che tutto quanto approda alla morte richiesta avvenga attraverso un «procedimento medicalizzato», che essa definisce analiticamente.

Si tratta di un procedimento imperniato su tre principali fattori, a cui corrispondono altrettante fasi: le risoluzioni del soggetto malato, a cui spetta di determinare l'avvio e la prosecuzione del procedimento fino all'epilogo; le valutazioni del medico circa tali risoluzioni e le conseguenti attività che egli intraprende; il controllo pubblico su entrambi questi fattori procedurali, preventivo e successivo alla loro realizzazione.

---

<sup>9</sup> Il testo precedente di questo comma era il seguente: «4. Chi cagiona o coopera attivamente con atti necessari e diretti alla morte altrui, su sua richiesta espressa, seria e inequivocabile, se la vittima soffre di una infermità grave che l'avrebbe sicuramente portata alla morte o che le provoca sofferenze gravi, continue e difficili da sopportare, è punito con la pena inferiore di uno o due gradi rispetto a quelle indicate nei numeri 2 e 3 di questo articolo».

<sup>10</sup> Una sintetica esposizione al riguardo si può leggere in AA. VV., *Autodeterminazione e aiuto al suicidio*, a cura di G. Fornasari, L. Picotti, S. Vinciguerra, Padova, 2019, 13 -77.

4. - Le due fasi del procedimento imperniate sull'attività del paziente e e sull'attività medica sono così articolate.

Se il paziente, trovandosi a «soffrire una malattia grave e incurabile o una condizione grave, cronica e invalidante» (art. 5.1. lett. *d* LORE) vuole chiedere che un medico gli presti aiuto a morire, deve inoltrare «volontariamente e per iscritto, o con altri mezzi che consentono la documentazione, due richieste le quali non siano il risultato di alcuna pressione esterna, lasciando tra le due richieste una distanza di almeno quindici giorni» (art. 5.1, lett *c*).

Se il medico designato accetta la richiesta e «ritiene che la perdita della capacità del richiedente di prestare il consenso informato sia imminente, può accettare qualsiasi periodo più breve che ritenga appropriato in base alle circostanze cliniche concomitanti, che devono essere registrate nella cartella clinica (*historia clinica*)» (*ivi*).

L'accettazione comporta per il medico «il compito di coordinare tutte le informazioni e l'assistenza sanitaria del paziente, quale principale interlocutore dello stesso in tutte le questioni relative alla sua cura e informazione durante il procedimento sanitario, e fatti salvi gli obblighi di altri professionisti che partecipano ad attività di cura» (art. 3 lett. *d*). Perciò, viene denominato in questa norma «medico responsabile», mentre la norma successiva (art. 3 lett. *e*) denomina «medico consulente» (*médico consultor*) il «medico con formazione nel campo delle patologie sofferte dal paziente e che non fa parte della stessa *équipe* del medico responsabile», ma al quale il medico responsabile, come diremo, può o, secondo i casi, deve rivolgersi.

La richiesta del paziente «deve essere firmata alla presenza di un operatore sanitario che la firmerà. Se questi non è il medico responsabile, gliela consegnerà. Lo scritto dovrà essere inserito nella cartella clinica del paziente» (art. 6.2).

«Qualora a causa della sua situazione personale o delle sue condizioni di salute non sia possibile [*al richiedente*] datare e firmare il documento, egli può utilizzare altri mezzi che gli consentono di documentare oppure un'altra persona maggiorenne e pienamente capace può datare e firmare in sua presenza. Questa persona deve menzionare il fatto che colui il quale richiede assistenza per morire non è in grado di firmare il documento e indicarne i motivi» (art. 6.1, 2° periodo).

«Il richiedente un aiuto a morire può revocare la sua domanda in qualsiasi momento, incorporando la sua decisione nella cartella clinica. Nello stesso modo, può chiedere il rinvio della somministrazione dell'aiuto a morire» (art. 6.3).

Il medico designato può rifiutare la richiesta con atto scritto e motivato (art. 7.1), anche per obiezione di coscienza, che è riconosciuta nell'art. 16 non solo al medico ma ad ogni *professional sanitario*, diversamente da quanto accade tuttora in Italia, dove in questa materia la libertà è riconosciuta soltanto al medico e dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242.2019 incidentalmente<sup>11</sup>.

L'obiezione di coscienza viene resa ufficiale con la creazione da parte delle amministrazioni sanitarie di un registro dei professionisti sanitari obiettori di coscienza nell'aiuto a morire, «nel quale saranno annotate le dichiarazioni di obiezione di coscienza e che avrà lo scopo di fornire all'amministrazione sanitaria le informazioni necessarie per garantire un'adeguata gestione alla prestazione dell'aiuto a morire. Il registro sarà soggetto al principio della massima riservatezza ed alle norme sulla protezione dei dati personali» (art. 16.2).

---

<sup>11</sup> «Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato» (*sub* n. 6 del «considerato in diritto») e ciò dischiude la possibilità che nascano controversie sul valore normativo di questa affermazione della Corte e che procedimenti penali turbino la serenità nell'esercizio della professione medica, come ho già avuto occasione di osservare commentando la sentenza n. 242-2019 della Corte costituzionale: v. S. Vinciguerra, *L'aiuto al suicidio dopo il giudizio di costituzionalità. Una risposta e qualche domanda*, in *Foro italiano*, 2019, I, 843 ss. (846).

Nel procedimento che decorre in seguito all'accettazione della richiesta il medico responsabile è incalzato da una serie di obblighi rigorosamente scadenziati e forse suggeriti dal disegno politico di circoscrivere il più possibile la discrezionalità del personale sanitario.

Entro il «termine massimo» di due giorni dal ricevimento della prima richiesta, accertati i prescritti requisiti personali del richiedente<sup>12</sup>, il medico responsabile deve realizzare con lui «un processo deliberativo sulla sua diagnosi, sulle possibilità terapeutiche ed i risultati attesi nonché sulle possibili cure palliative, assicurandosi che comprenda le informazioni fornite. Fermo restando che tali informazioni sono spiegate dal medico responsabile direttamente al paziente, devono essere fornite anche per iscritto, entro il termine massimo di cinque giorni» (art. 8.1, primo periodo).

Ricevuta la seconda richiesta «il medico responsabile, entro due giorni riprenderà il processo deliberativo con il paziente richiedente per sciogliere, entro il termine massimo di cinque giorni, qualsiasi dubbio o necessità di ulteriori informazioni sollevatisi al paziente dopo le informazioni fornite in seguito alla presentazione della prima richiesta» (art. 8.1, secondo periodo).

«Ventiquattro ore dopo la conclusione del processo deliberativo di cui al numero precedente, il medico responsabile raccoglierà dal paziente richiedente la sua decisione di continuare o desistere dalla richiesta di assistenza alla morte. Se il paziente esprime il desiderio di proseguire il procedimento, il medico responsabile deve comunicare tale circostanza all'*équipe* sanitaria, in particolare agli infermieri, nonché, nel caso in cui il paziente lo richieda, ai famigliari o congiunti (*allegados*) che indichi. Nello stesso modo, dovrà ottenere la firma del paziente al documento di consenso informato» (art. 8.2).

Secondo (art. 3 lett. a, in questo documento è espresso il «consenso libero, volontario e consapevole del paziente, manifestato nel pieno uso delle sue facoltà dopo aver ricevuto le opportune informazioni, affinché, su sua richiesta, possa svolgersi una delle azioni di cui alla lettera g)), che definisce la «prestazione dell'aiuto a morire» (*prestación de ayuda para morir*) come la «somministrazione diretta di una sostanza al paziente da parte del professionista sanitario competente» oppure la «prescrizione o erogazione al paziente da parte del professionista sanitario di una sostanza, affinché possa essere auto-somministrata per provocarsi la morte» (art. 3 lett. g).

In entrambi i casi, il medico responsabile e gli altri operatori sanitari assisteranno il paziente fino al momento della sua morte (art. 11. 2 e 3).

Anche nel caso in cui il paziente decida di ritirare la richiesta, il medico responsabile ne informerà l'*équipe* sanitaria (art. 8.2, ultimo periodo).

L'incapacità di fatto del paziente di «badare a se stesso in modo autonomo, completo ed efficace» deve essere certificata dal medico responsabile, che può avere un interlocutore valido nel rappresentante dell'incapace, la cui disabilità il medico responsabile deve valutare secondo i protocolli stabiliti dal Consiglio interterritoriale del sistema nazionale di sanità (artt. 3 lett. h, 5.2, 9).

5. - Prima di desistere o di procedere a prestare l'aiuto a morire il medico deve avviare la fase procedimentale dei controlli.

Essa consta di due fasi che si succedono e fanno capo rispettivamente al medico consulente ed alla Commissione di garanzia e valutazione.

Sia quando il paziente presta il consenso informato sia quando decide di ritirare la richiesta «il medico responsabile deve consultare un medico consulente, il quale, dopo aver studiato la cartella clinica e avere esaminato il paziente, deve confermare il rispetto delle condizioni stabilite nell'art. 5.1, o se del caso nell'art. 5.2, entro un tempo massimo di dieci giorni dalla data della seconda richiesta, al quale scopo redigerà un referto che entrerà a far parte della cartella clinica del paziente. Le conclusioni di tale referto dovranno essere comunicate al paziente richiedente entro il termine massimo di ventiquattro ore» (art. 8.3).

---

<sup>12</sup> Nazionalità spagnola o residenza legale in Spagna o certificazione di presenza in territorio spagnolo superiore a dodici mesi, maggiore età, capacità e consapevolezza al momento della presentazione di ciascuna richiesta (art. 5. 1, lett. a), che non deve essere il risultato di pressione esterna (art. 5.1. lett. c).

«In caso di referto del medico consulente sfavorevole circa il rispetto delle condizioni di cui all'art. 5.1, il paziente può presentare ricorso alla Commissione di garanzia e valutazione nei termini di cui all'art. 7.2» (nel termine di dieci giorni) (art. 8.4), a cui si trasferisce il procedimento in corso.

Se il referto del medico consulente è favorevole, il medico responsabile dà avviso al presidente della Commissione di garanzia e valutazione, entro il termine massimo di tre giorni, in seguito al quale essa deve effettuare il controllo preventivo stabilito dall'art. 10 (art. 8.5).

In entrambi i casi di referto, si conclude il procedimento istruttorio sulla richiesta del paziente, la quale passa all'esame di questa Commissione.

Il suo presidente, ricevuta la comunicazione del medico responsabile, «nomina, entro il termine massimo di due giorni, due membri della stessa, un medico e un legale, perché accertino se, a loro giudizio, sussistono i requisiti e le condizioni stabilite per il corretto esercizio del diritto di chiedere e ricevere l'aiuto a morire» (art. 10.1).

«Per il corretto esercizio delle proprie funzioni, i due componenti ... avranno accesso alla documentazione contenuta nella cartella clinica e potranno incontrare il medico e l'*équipe*, nonché il richiedente» (art. 10.2). «Entro il termine massimo di sette giorni emetteranno una relazione ... In caso di decisione favorevole, la relazione emessa fungerà da delibera agli effetti dell'esecuzione del servizio» (art. 10.3). Contro la decisione sfavorevole, può essere presentato ricorso alla Commissione, che deve decidere entro venti giorni (art. 18 lett. a, secondo periodo).

Le decisioni della Commissione sfavorevoli alla richiesta della prestazione di aiuto a morire possono essere impugnate dinanzi alla giurisdizione contenzioso-amministrativa (art. 10.5).

La delibera finale deve essere portata a conoscenza del presidente perché, a sua volta, la trasferisca al medico responsabile che ha effettuato la comunicazione onde proceda, da parte sua, a prestare l'aiuto a morire; tutto ciò deve essere fatto entro il termine massimo di due giorni (art. 10.4)<sup>13</sup>.

6. - «Ricevuta la decisione positiva, l'erogazione degli aiuti alla morte dovrà essere effettuata con la massima cura e professionalità da parte degli operatori sanitari, applicando i relativi protocolli, che conterranno anche criteri riguardanti la forma e il tempo di esecuzione del provvedimento. Nel caso in cui il paziente sia cosciente, deve informare il medico responsabile della modalità con cui desidera ricevere la prestazione di aiuto a morire» (art. 11.1).

Tale prestazione, che può avvenire nei modi indicati nell'art. 3 lett. g e di cui abbiamo già riferito, «è effettuata in centri sanitari pubblici, privati o sovvenzionati e nel domicilio, senza che l'accesso e la qualità dell'assistenza alla prestazione siano compromessi dall'esercizio dell'obiezione di coscienza o dal luogo in cui viene svolta. Chi incorre in un conflitto di interessi o chi trae beneficio dalla pratica dell'eutanasia non può intervenire in nessuna delle *équipes* professionali» (art. 14).

A norma dell'art. 12, dopo che questa è avvenuta e nel termine massimo di cinque giorni da essa il medico responsabile deve inviare alla Commissione della sua Comunità o della sua Città autonoma due relazioni conclusive. La prima deve recare notizie personali del paziente, mentre la seconda deve riferire delle sue condizioni sanitarie, sulla volontarietà della sua richiesta di morire e sulla procedura seguita per aiutarlo a morire. È evidente lo scopo che ha questa seconda relazione di rendere possibile il controllo successivo da parte della Commissione.

Il servizio di eutanasia è considerato un servizio pubblico e come tale è supportato dalla spesa pubblica prevista per il Sistema nazionale della salute (art. 13).

7. – Ancora qualche parola per completare il quadro dei compiti svolti dalla Commissione di garanzia e valutazione.

---

<sup>13</sup> In altro luogo della LORE è attribuito alla Commissione anche di richiedere «la gestione del centro [*sanitario pubblico*] in modo che nel periodo massimo di sette giorni faciliti la prestazione richiesta tramite un altro medico del centro o un *team* esterno di professionisti sanitari» (art. 18 lett. a, quarto periodo).

Come abbiamo già detto, ad essa è affidato il controllo preventivo del procedimento eutanasi nel senso che il suo consenso è necessario per poter aiutare il paziente a soddisfare la propria richiesta di morire.

Ma, la Commissione, come testé accennato, deve anche svolgere il controllo successivo. Precisamente, «verificare entro il termine massimo di due mesi se l'erogazione del soccorso in caso di morte è stata effettuata secondo le modalità previste dalla legge. - Detta verifica verrà effettuata in via generale a partire dai dati raccolti nel secondo documento. Tuttavia, in caso di dubbio, la Commissione può decidere a maggioranza semplice di revocare l'anonimato<sup>14</sup> e di leggere prima il documento. Se, dopo la revoca dell'anonimato, l'imparzialità di un membro della Commissione di garanzia e valutazione è considerata compromessa, questi può ritirarsi volontariamente o essere contestato. - Nello stesso modo, per effettuare la suddetta verifica, la Commissione può decidere a maggioranza semplice di richiedere al medico responsabile l'informativa raccolta nella cartella clinica del paziente e correlata all'esecuzione della prestazione dell'aiuto a morire» (art. 18 lett. b).

Questo articolo attribuisce poi alla Commissione funzioni propositive di buon governo del servizio di eutanasia: «c) individuare possibili problemi nell'adempimento degli obblighi previsti dalla presente legge, proponendo, ove opportuno, miglioramenti concreti per la loro incorporazione nei manuali delle buone pratiche e nei protocolli; d) risolvere dubbi o quesiti che possono sorgere durante l'applicazione della legge, fungendo da organo consultivo nel proprio ambito territoriale specifico; e) predisporre e pubblicare una relazione annuale di valutazione sull'applicazione della legge nel proprio ambito territoriale specifico. Detta relazione dovrà essere inviata all'organo competente in materia sanitaria<sup>15</sup>; f) altre funzioni che possono essere attribuite dai governi autonomi, nonché, nel caso delle città di Ceuta e Melilla, dal Ministero della sanità»<sup>16</sup>.

La Commissione non è un organo dello Stato, ma è un organo delle Comunità autonome che sono previste dalla Costituzione (artt. 143-158, nel capo III del titolo VIII rubricato «organizzazione territoriale dello Stato»). Possiamo paragonare tali Comunità alle nostre Regioni e come le nostre Regioni hanno competenza in materia di sanità e igiene (art. 148.1, n. 21), ma non al punto di avere una potestà legislativa concorrente, come prevede l'art. 117. III della nostra Costituzione, che sulla «tutela della salute» riserva alle leggi dello Stato soltanto «la determinazione dei principi fondamentali».

«Vi sarà una Commissione di garanzia e valutazione in ciascuna delle Comunità autonome, come pure nelle Città di Ceuta e Melilla. La composizione di ciascuna di esse sarà multidisciplinare e dovrà avere un numero minimo di sette membri, compreso personale medico, infermieristico e legale» (art. 17.1.)

«Nel caso delle Comunità autonome, dette commissioni, che avranno natura di organi amministrativi, saranno create dai rispettivi governi autonomi, che ne determineranno il regime giuridico. Nel caso delle Città di Ceuta e Melilla, il Ministero della Sanità creerà le commissioni per ciascuna delle città e determinerà i loro regimi legali» (art. 17.2).

Il rischio di frammentazione della normativa è dunque elevato e può condurre alla disparità di trattamento riguardo a diritti l'eguaglianza della cui disciplina è costituzionalmente garantita, come evidenzia il preambolo della LORE, citato in apertura di questo commento e tenuto presente anche in materia sanitaria dalla Costituzione, che nell'art. 149.1, n. 16 attribuisce allo Stato la competenza

---

14 Secondo l'art. 19, «i componenti delle Commissioni di garanzia e di valutazione saranno tenuti a mantenere segreto il contenuto delle proprie deliberazioni ed a tutelare la riservatezza dei dati personali che i professionisti sanitari, pazienti, familiari e persone collegate, hanno potuto conoscere nella loro qualità di componenti della Commissione».

15 Questa relazione viene inviata dalle Comunità autonome al Ministero della sanità e questo Ministero raccoglie le relazioni delle città autonome di Ceuta e Melilla attraverso l'Istituto nazionale di gestione della sanità. Il Ministero rende pubblici i dati comunicati nelle relazioni (terza disposizione aggiuntiva della LORE).

16 Si tratta di due città, nella LORE sempre citate insieme con le Comunità autonome, che si trovano sulla sponda mediterranea del Marocco e riconosciute tuttora come territorio spagnolo, con una rappresentanza nel Parlamento stabilita dalla Costituzione (artt. 68. 2 e 69.4), la quale attribuisce ad esse anche la possibilità di costituirsi in Comunità autonome (disp. trans. 5<sup>a</sup>).

esclusiva in tema di «basi e coordinamento generale della sanità; legislazione sui prodotti farmaceutici».

In relazione al numero delle Comunità è stato osservato che «è un errore avere istituito 19 commissioni, ciascuna con un proprio regolamento interno ... In una materia tanto sensibile ed innovativa come questa, al fine di garantire l'uguaglianza delle prestazioni, sarebbe stato meglio, a nostro avviso, che fosse un'unica commissione per tutto lo Stato ad esercitare il controllo ed a garantire l'uniformità dei criteri al momento di risolvere i problemi che potrebbero prodursi nella pratica»<sup>17</sup>.

È vero che «ciascuna Commissione di garanzia e valutazione dovrà disporre di un regolamento interno, il quale sarà redatto dalla predetta Commissione e autorizzato dal competente organo dell'amministrazione autonoma. Nel caso delle Città di Ceuta e Melilla, la suddetta autorizzazione spetterà al Ministero della sanità» (art. 17.4). Ma, la forza politica delle autonomie locali ostacola il raggiungimento dell'eguaglianza normativa in materia sanitaria per tutto il territorio nazionale e limita l'opera di coordinamento dello Stato, come dimostra anche l'esperienza italiana vissuta nel corso di tanti anni e ancora durante la recente pandemia e come è descritto in queste osservazioni critiche di un costituzionalista spagnolo, risalenti a vent'anni or sono ma convalidate dalle perplessità sollevate nel commento alla LORE che ho testé citato. «Le tremende disfunzioni generate nella dinamica del modello territoriale spagnolo traggono origine, in primo luogo, dall'inesistenza di una clausola di chiusura che consenta di definire un limite invalicabile al processo legislativo di trasferimento delle attribuzioni dallo Stato alle Comunità autonome, e, in secondo luogo, dall'inesistenza di un sistema di relazioni tra il potere centrale e i poteri autonomi che stabilisca meccanismi di collaborazione non conflittuali ... Questo spiega l'elevato numero di conflitti di competenza normalmente sollevati davanti al Tribunale costituzionale – che talvolta hanno consentito di garantire una certa sottoposizione a giurisdizione delle relazioni tra lo Stato e le Comunità – come la permanente tensione in questa materia che ha introdotto un fattore di confusione nella vita politica»<sup>18</sup>.

8. - Prima di concludere è opportuno svolgere qualche breve considerazione anche sul regime sanzionatorio della LORE.

Come già ricordato all'inizio del n. 3, l'aiuto al suicidio non è punibile se prestato a norma della LORE, perché così dispone l'art. 143.5 c.p. sp. inserito da questa legge. A sua volta, la LORE salvaguarda la propria normativa stabilendo che «le violazioni delle disposizioni della presente legge sono soggette al regime sanzionatorio previsto dal Capo VI del Titolo I della legge generale sulla sanità n. 14/1986, ferme restando le eventuali responsabilità civili, penali e professionali o statutarie che possono corrispondere» (disp. add. 2<sup>a</sup>).

Nel Capo VI del Titolo I della legge generale sulla sanità rubricato «delle infrazioni e sanzioni» sono stabiliti alcuni principi generali al riguardo.

Innanzitutto che si tratta di sanzioni amministrative (art. 32.1) e che, qualora le infrazioni potessero costituire delitto, l'amministrazione rimette alla giurisdizione competente e si astiene dal procedimento sanzionatorio fino a quando l'autorità giudiziaria avrà pronunciato sentenza definitiva. Se non sarà ritenuto esistente il delitto, l'amministrazione continuerà il procedimento sanzionatorio fondandosi (*tomando como base*) sui fatti che i tribunali avranno ritenuto provati (art. 32.2). Inoltre, sono stabiliti il divieto della doppia sanzione per gli stessi fatti ed i medesimi interessi pubblici protetti (art. 33); la tipizzazione delle infrazioni in lievi, gravi e molto gravi (art. 34); l'indicazione dei criteri in base ai quali distribuire le trasgressioni in queste tre categorie (art. 35); le sanzioni pecuniarie comminate per ciascuna di queste categorie ed i relativi intervalli edittali (art. 36).

---

17 C. Juanatey Dorado, M. L. Cuerda Arnau, *La nuova legge organica che disciplina l'eutanasia volontaria in Spagna*, cit., sub n. 4.6.

18 E. García, in *Le costituzioni dei Paesi dell'Unione Europea*, a cura di E. Palici di Suni Prat, F. Cassella, M. Comba, con introduzione di G. Lombardi, Padova, 1998, 691 ss. (699).



Ma la LORE tace sulla classificazione delle trasgressioni alla propria normativa nelle tre categorie della l. n. 14/1986, che richiama nella propria seconda disposizione additiva, e manca anche qualunque indicazione di quali sono le sue previsioni la cui osservanza da parte di chi presta aiuto al suicidio è necessaria perché esso sia penalmente lecito e di quali previsioni possono essere trasgredite senza che il fatto sia penalmente illecito.

È un'integrazione alla quale dovrà provvedere il legislatore, a cui non mancherà anche altro lavoro, come per esempio, normare l'affidamento dell'eutanasia ai centri sanitari privati e semplificare i procedimenti di controllo, tutti da prevedere nella nostra legislazione evitando la complessità di quelli introdotti dalla LORE.

(articolo pubblicato sul *Foro it.*, 2021, V. 248-256 e qui inserito con il consenso del Direttore di questa rivista, che ringrazio)