

Presidenza del Consiglio dei Ministri



RISPOSTA

**QUESITI DEL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
6 FEBBRAIO 2023**

6 marzo 2023

Presentazione

Il 6 febbraio 2023 il Ministero della Giustizia ha formulato al Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) i quesiti riportati nell'Allegato n.1. Il CNB, riunito in Plenaria il 6 marzo 2023, ha approvato il documento di risposta.

Il confronto all'interno del CNB ha fatto emergere riflessioni condivise, enucleate in 10 punti approvati all'unanimità, che costituiscono la premessa di tre diverse posizioni.

Il CNB unanime condivide quanto segue:

1. Il Comitato Nazionale per la Bioetica (d'ora in poi CNB) si è prima di tutto interrogato sulla possibilità di rispondere a quesiti per i quali è evidente il collegamento a una vicenda personale chiaramente riconoscibile, per quanto non esplicitamente menzionata. L'art. 6, co. 4, del Regolamento esclude che il CNB possa dare risposte a "quesiti riferiti a casi personali", ma prevede che ciò possa avvenire "in ipotesi eccezionali in cui ricorrano motivi di interesse generale e comunque nel rispetto della funzione giurisdizionale spettante alla Magistratura".

Il CNB non ha dunque alcuna legittimità giuridica, politica, morale ed etica per formulare un parere "ad personam". Di conseguenza la presente risposta ha un carattere generale.

Il dibattito che si è svolto all'interno del CNB e le diverse posizioni emerse non esauriscono in ogni caso la complessità delle questioni coinvolte e il loro intreccio con altri problemi rilevanti per la riflessione bioetica e giuridica.

2. Il CNB intende continuare la riflessione nel merito, in futuri approfondimenti in Gruppi di Lavoro.

3. Il CNB ha per sua missione l'approfondimento dei temi bioetici e non la soluzione di specifici problemi giuridici. Nei quesiti del Ministero le due prospettive si intrecciano strettamente. Esse devono comunque restare distinte. Una cosa è infatti la riflessione su ciò che si ritiene idealmente "giusto" fare, un'altra è lo specifico scrutinio di ciò che le norme in vigore prevedono, fermo restando l'inevitabile collegamento fra le due dimensioni. Ciò significa, in particolare, che anche questo documento, come tutti quelli del CNB, esprime un profilo bioetico e non è, per sua natura, un parere giuridico in senso stretto.

4. I quattro quesiti formulati dal Ministero della Giustizia ruotano attorno al rifiuto e alla rinuncia di trattamenti sanitari, alla legge n. 219/2017 e, da ultimo, alla sentenza n. 242 del 2019. In tutti i quesiti l'intreccio fra la dimensione etica e quella giuridica appare evidente. Il primo quesito, che si articola in tre distinti interrogativi, pone un problema di carattere generale, che riguarda la validità del consenso, rifiuto o rinuncia di trattamenti sanitari, "specie se salvavita", che sia "subordinato al conseguimento di finalità estranee alla situazione clinica personale". Gli altri tre si concentrano esplicitamente sulla condizione di "detenzione carceraria" (a titolo esemplificativo nel secondo e in via esclusiva nel terzo e nel quarto). Il quarto fa esplicito riferimento alla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019.

5. Occorre innanzitutto ribadire alcuni punti fermi sulla capacità giuridica generale della persona in stato di detenzione per quanto concerne il compimento degli atti di stretta rilevanza personale. I detenuti sono ovviamente persone capaci di intendere e di volere e possono, quindi, autodeterminarsi in tale sfera. Come chiarito dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 26 del 1999, "i diritti inviolabili dell'uomo, il riconoscimento e la garanzia dei quali l'art. 2 della Costituzione pone tra i principi fondamentali dell'ordine giuridico, trovano nella condizione di coloro i quali sono sottoposti a una restrizione della libertà personale i limiti a essa inerenti, connessi alle finalità che sono proprie di tale restrizione, ma non sono affatto annullati da tale condizione".

6. Di conseguenza, qualsiasi detenuto può non solo esprimere assenso o dissenso ai trattamenti diagnostici o sanitari che lo riguardano, ma può anche, in previsione di una futura eventuale incapacità di autodeterminarsi, efficacemente redigere le DAT, ai sensi dell'art. 4 della Legge n. 219/2017. Sotto questo profilo può affermarsi, in via generale, che in regime di detenzione carceraria, non vi siano limiti e peculiarità, dal punto di vista etico, nell'applicazione della Legge n. 219/2017.

7. È inoltre importante chiarire il significato dello sciopero della fame e, dunque, la natura di quest'ultimo nel contesto del diritto della persona a manifestare liberamente il proprio pensiero con lo scritto e con ogni altro mezzo di diffusione, secondo il dettato dell'art. 21 della Costituzione. Lo sciopero della fame è espressione di autodeterminazione della persona: forma di testimonianza e protesta non violenta a difesa di ideali, diritti, valori e libertà. Lo sciopero della fame rappresenta dunque un modo, sia pure estremo, di richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica su situazioni ritenute ingiuste o su diritti che si desidera rivendicare. Un tale comportamento esprime quindi una libertà morale del soggetto, che rappresenta quel "residuo tanto più prezioso, in quanto costituisce l'ultimo ambito nel quale può espandersi la sua personalità individuale" (sentenza della Corte costituzionale n. 349 del 1993). Questa libertà va sempre pienamente rispettata, in particolare quando provenga da un soggetto che, fortemente limitato dal regime di detenzione cui è sottoposto, individui nello sciopero della fame, in mancanza di altri mezzi, una forma estrema di comunicazione, mettendo anche a rischio la propria vita.

8. Dalla valutazione etica sopra esposta discende immediatamente la conseguenza che lo Stato non ha il diritto di limitare con misure coercitive lo sciopero della fame, che costituisce, come si è detto, un segno dell'incomprimibile libertà di ogni essere umano. Pertanto, non sono ammissibili trattamenti diretti a favorire il benessere fisico del detenuto che si traducano in costrizioni violente.

9. In tale contesto, è anche importante sottolineare che chi adotta questa forma di protesta si trova in una situazione differente da quella del malato che rinuncia a terapie salvavita. Chi sciopera mette in gioco la vita come modo per indurre un esito, senza usare violenza su alcuno. Emerge anche la differenza che esiste tra la situazione di colui che cerca la morte per sé stessa e la situazione, diversa, di colui che pone in essere una forma di protesta rischiosa, in cui la morte non è il fine ricercato per sé stesso, ma è solo una conseguenza possibile, eventualmente accettata.

10. Con il rispetto del rifiuto di alimentarsi devono essere naturalmente garantite a chi ha scelto questa forma di protesta/testimonianza, sempre previo consenso da parte sua, l'assistenza appropriata e le terapie idonee a curare gli scompensi organici e le patologie che dovessero insorgere. L'indicazione di ciò che è doveroso fare nel momento in cui un detenuto in sciopero della fame dovesse perdere conoscenza o sopravvenisse un imminente pericolo di vita senza poter esprimere decisioni consapevoli si presenta come il problema più delicato e complesso.

All'interno del CNB emergono poi tre diverse posizioni: una prima (A) approvata da 19 componenti; una seconda (B) approvata da 9 componenti e a cui hanno aderito i delegati di FNOMCeO, FNOVI e ISS; una terza (C) a cui aderiscono 2 componenti.

"POSIZIONE A"

1. La domanda sottesa ai quesiti ministeriali - che attiene alla possibilità o meno di lasciar morire il detenuto per lo sciopero della fame – assume un carattere drammatico: è possibile lasciar morire il detenuto che ponga in essere la suddetta forma di protesta? Sarebbe “etico” permettere che una persona affidata alle istituzioni pubbliche muoia, in un certo senso, per le sue idee? Queste domande dirigono l’attenzione verso un momento cruciale: quello in cui la libertà di esprimersi giunge a quell’estremo in cui la vita del soggetto detenuto entra nella grave situazione di pericolo per la vita.

2. Il suicidio è trattato da tutti gli organismi internazionali come un grave problema di salute pubblica, qualunque ne sia la motivazione, come affermano i documenti sulla prevenzione del suicidio nelle carceri dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Essi, infatti, includono nel novero dei suicidi da prevenire anche i casi in cui i tentativi di suicidio siano diretti a realizzare un interesse del detenuto, come allorché egli abbia per obiettivo di ottenere il trasferimento in ospedale o in un’istituzione meno restrittiva¹.

3. Il principio di beneficialità², il principio di precauzione, la difficoltà di avere la certezza che il detenuto sia pienamente consapevole degli effetti del suo rifiuto di alimentarsi - aspetti, rimarcati dalla Dichiarazione di Malta³ - depongono a favore di una gestione della situazione di rischio per la vita, indotta dallo sciopero della fame, analoga a quella che si porrebbe in essere dinanzi ad ogni tentativo di suicidio in carcere.

4. Il generale dovere di tutela della vita da parte degli Stati è, se possibile, ancor più grave all’interno degli istituti penitenziari, laddove il soggetto, a motivo della pena inflittagli, è interamente consegnato ai poteri pubblici. Per l’OMS, «gli istituti penitenziari hanno l’obbligo di preservare la salute e la sicurezza dei detenuti, ed un eventuale fallimento di questo mandato può essere perseguito dalla legge»⁴. Come ha osservato la Corte costituzionale, «il detenuto si trova sotto la responsabilità dell’amministrazione penitenziaria, a cui è affidato il compito di (...) garantirne l’incolumità»⁵. In coerenza con questo obiettivo di custodia del detenuto, è prevista tutta una serie di obblighi a carico dei pubblici poteri, come mostrano le norme dell’ordinamento penitenziario⁶.

5. Il dilemma etico tra il dovere dello Stato di proteggere la vita e la salute della persona completamente affidata alle sue cure e il diritto del detenuto di esercitare la sua libertà di espressione è certamente delicato. La Corte Europea dei Diritti dell’Uomo ha argomentato nella sentenza 08.12.2022 (*Yakovlyev v. Ucraina*) che la Convenzione Europea dei Diritti dell’Uomo non risolve espressamente tale conflitto, come, invece, è accaduto per la

¹ Cfr. il documento *La Prevenzione del suicidio nelle carceri*, pubblicato nel 2007 dall’OMS in collaborazione con IASP (International Association for Suicide Prevention), in particolare pagg. 4 e 20 ss. Cfr. inoltre WHO, *European Region, Status report on prison health in the WHO European Region 2022*.

² Cfr. l’art. 6 della Convenzione di Oviedo, che dispone che «un intervento non può essere effettuato su una persona che non ha capacità di dare consenso, se non per un diretto beneficio della stessa», nonché l’art. 8, per cui «allorquando in ragione di una situazione d’urgenza il consenso appropriato non può essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata».

³ Cfr. al riguardo il Preambolo della Dichiarazione di Malta dell’Associazione medica mondiale (*WMA Declaration of Malta on Hunger Strikers*, revised by the 68 WMA General Assembly, Chicago, United States, October 2017).

⁴ Cfr. ancora OMS, *La Prevenzione del suicidio nelle carceri*, cit., pag. 7.

⁵ Sent. n. 526/2000.

⁶ Si pensi all’art. 41 dell’ordinamento penitenziario che autorizza, in determinati casi, pur sempre nei limiti del regolamento e comunque al fine di evitare danni alla persona o al fine di garantire l’incolumità della persona stessa, l’uso della coercizione fisica per il soggetto affidato alla custodia.

Repubblica Federale tedesca, che lo ha risolto tramite il § 101 co. 1 della legge sull'esecuzione delle pene e delle misure detentive⁷.

6. La Corte di Strasburgo, nella pronuncia sopra citata, come anche nella precedente giurisprudenza, ha ritenuto, da un lato, che misure coercitive, assunte con la violenza sulla persona, tanto più se prive di garanzia procedurale e giurisdizionale, violano l'art. 3 della Convenzione; da un altro lato, ha addirittura affermato che le Autorità carcerarie potrebbero sottoporre ad alimentazione forzata un detenuto in sciopero della fame, se questa misura risulti una necessità terapeutica secondo i consolidati principi della medicina, in particolare se la necessità medica è stata dimostrata in modo convincente; inoltre la Corte deve accertare che le garanzie procedurali per la decisione di alimentazione forzata siano rispettate⁸. In ogni caso, ha affermato altresì la Corte di Strasburgo, le Autorità penitenziarie potrebbero non essere totalmente assolte dai loro obblighi positivi in situazioni così difficili, contemplando passivamente la morte del detenuto a digiuno⁹.

7. Per orientare la valutazione etica, occorre bilanciare in modo ragionevole ed equilibrato i valori in gioco: per un verso, il diritto alla autodeterminazione e alla libera espressione del pensiero; per un altro verso, il diritto alla vita e alla salute della persona; per un altro verso ancora, ma non meno importante, il dovere dello Stato di proteggere il diritto alla vita, come previsto all'art. 2 della Convenzione europea, soprattutto allorché questa sia affidata a istituzioni che danno esecuzione a un provvedimento giudiziario emesso in conformità alla legge.

8. In questo complesso lavoro di bilanciamento le Autorità carcerarie e i medici debbono in ogni caso garantire la dignità del detenuto, sia durante la fase in cui egli esprime consapevolmente la sua autodeterminazione, sia nella fase in cui sia insorto un grave pericolo per la salute e per la vita ed egli non sia in grado di esprimere la sua volontà. Il medico, nel grave contesto delineato, è tenuto ad agire secondo scienza e coscienza; ad improntare i propri comportamenti in coerenza con il suo obbligo di garanzia, che trova fondamento sia nell'art. 32 Cost., sia nell'art. 3 del Codice deontologico medico, per il quale «doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore

⁷ Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung (Strafvollzugsgesetz – StVollzG, § 101, co. 1: Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge (1) Medizinische Untersuchung und Behandlung sowie Ernährung sind zwangsweise nur bei Lebensgefahr, bei schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit des Gefangenen oder bei Gefahr für die Gesundheit anderer Personen zulässig; die Maßnahmen müssen für die Beteiligten zumutbar und dürfen nicht mit erheblicher Gefahr für Leben oder Gesundheit des Gefangenen verbunden sein. Zur Durchführung der Maßnahmen ist die Vollzugsbehörde nicht verpflichtet, solange von einer freien Willensbestimmung des Gefangenen ausgegangen werden kann; tr. it.: § 101 Misure coercitive nell'ambito dell'assistenza sanitaria (1) Gli esami e le cure mediche, così come l'alimentazione, sono consentiti con la forza solo in caso di pericolo di vita, di grave pericolo per la salute del detenuto o di pericolo per la salute di altre persone; le misure devono essere ragionevoli per le persone coinvolte e non devono comportare un notevole pericolo per la vita o la salute del detenuto. L'autorità esecutiva non è obbligata a eseguire le misure finché si può presumere che il detenuto abbia liberamente determinato la propria volontà.

⁸ Yakovlyev v. Ucraina, punto 42: «The Court has also held that force-feeding aimed at saving the life of a particular detainee who consciously refuses to take food might in principle be acceptable from the standpoint of Article 3 of the Convention if such a measure is of therapeutic necessity from the point of view of established principles of medicine, in particular if the medical necessity for it has been convincingly shown to exist. In addition, the Court must ascertain that the procedural guarantees for the decision to force-feed are complied with. Lastly, the Court has noted that the manner in which the applicant is subjected to force-feeding during the hunger strike shall not trespass the threshold of a minimum level of severity envisaged by its case-law under Article 3 of the Convention (see Nevmerzhiisky, cited above, § 94, and Ciorap v. Moldova, no. 12066/02, § 77, 19 June 2007)».

⁹ Ivi, punto 43: «However, the Court, sharing the principles expressed by the World Medical Association has also considered that the prison authorities may not be totally absolved of their positive obligations in such difficult situations, passively contemplating the fasting detainee's demise».

e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera». Il medico poi, nell'ambito della relazione continua con il proprio paziente, dovrà trovare il giusto bilanciamento con quanto previsto dall'art. 53 del medesimo Codice, rubricato «Rifiuto consapevole di alimentarsi», secondo cui «Il medico informa la persona capace sulle conseguenze che un rifiuto protratto di alimentarsi comporta sulla sua salute, ne documenta la volontà e continua l'assistenza, non assumendo iniziative costrittive né collaborando a procedure coattive di alimentazione o nutrizione artificiale». Tale articolo esclude che il medico assuma iniziative costrittive o collabori a pratiche coattive di alimentazione o nutrizione artificiale, ma non esclude che possa mettere in opera comportamenti allo scopo di salvare la vita. Ciò risulta in perfetta consonanza con quanto affermato dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 50/2022, secondo cui «Quando viene in rilievo il bene della vita umana..., la libertà di autodeterminazione non può mai prevalere incondizionatamente sulle ragioni di tutela del medesimo bene, risultando, al contrario, sempre costituzionalmente necessario un bilanciamento che assicuri una sua tutela minima»¹⁰.

9. Questo equilibrio fra il principio di beneficialità e il principio di autonomia va ricercato caso per caso, a seconda delle situazioni e delle condizioni cliniche dei pazienti, tenendo conto della effettiva capacità di esprimere decisioni consapevoli, fino al momento in cui non si determini un pericolo grave per la vita, non potendosi escludere l'esistenza delle condizioni che legittimano interventi di emergenza ed urgenza.

In particolare il medico deve promuovere ogni azione di sostegno al paziente, informarlo adeguatamente sulla circostanza che alcuni trattamenti potrebbero garantire una migliore qualità di vita e talvolta anche assicurare la sopravvivenza, permettendo al contempo il protrarsi dello sciopero della fame. D'altra parte la volontà del detenuto può mutare, e il medico dovrà monitorare con particolare cura e in maniera continuativa l'evoluzione dei suoi intendimenti, verificando l'effettiva comprensione delle conseguenze. Vi sono situazioni in cui il detenuto, mentre rifiuta di alimentarsi, non esprime invece alcun rifiuto di essere rianimato o soccorso o trattato per altre patologie, e ciò legittima il medico ad intervenire nel modo più adeguato.

Tenuto conto di ciò, è possibile sostenere sul piano etico che il medico non è esonerato, nel caso di imminente pericolo di vita e quando il detenuto non sia in grado di esprimere la sua volontà, dal porre in essere tutti gli interventi atti a salvare la vita.

10. Come già sottolineato ai punti 4. e 5. della parte comune del testo, è fuor di dubbio che il detenuto conserva la capacità di autodeterminarsi e di compiere gli atti di stretta rilevanza personale e, quindi, può non solo esprimere assenso o dissenso ai trattamenti diagnostici o sanitari che lo riguardano, ma può anche efficacemente redigere le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), ai sensi dell'art.4 della Legge n. 219/2017.

11. Deve invece ritenersi estraneo al contesto sanitario cui si riferisce quest'ultima disciplina, il caso - contemplato nel quesito ministeriale n. 1¹¹ - in cui il rifiuto di trattamenti e di terapie,

¹⁰ C. cost., sentenza n. 50/2022 al punto 5.3 della motivazione.

¹¹ Con il quesito n. 1 il Ministero si riferisce, più in generale, a prescindere quindi dalla situazione di detenzione, all'ipotesi in cui il consenso al rifiuto o alla rinuncia di trattamenti sanitari, anche salvavita, sia subordinato al conseguimento di finalità estranee alla situazione clinica personale, come l'ottenimento di un bene (materiale o immateriale) «in discussione». Gli esempi riportati dalla nota ministeriale sono quello in cui si ipotizza il rifiuto dell'alimentazione artificiale al fine dell'ottenimento della proprietà di una casa contesa o quello in cui tale rifiuto è condizionato al mancato conseguimento di un regime di libertà dalla detenzione carceraria. Il Ministero domanda, in particolare, se sia possibile considerare questa espressione di volontà come un libero consenso informato in ambito sanitario; se rifiuto e rinuncia a trattamenti sanitari, ove il fine non sia la libertà di cura, possano essere considerati una scelta sanitaria libera e se, in questa situazione, siano da considerarsi valide le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), qualora dispongano il rifiuto o la rinuncia a trattamenti sanitari.

contenuto nelle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), sia subordinato al mancato conseguimento di finalità estranee alla situazione clinica personale, come l'ottenimento di un bene materiale o immateriale. In queste situazioni le cure si rifiuterebbero allo scopo di esercitare una pressione su autorità chiamate ad una valutazione sulla base di altri schemi legali; le DAT diverrebbero così, da strumento per l'esercizio della libertà di cura, strumento di pressione.

In particolare, rifiuto e rinuncia di trattamenti sanitari, così come delineati dalla Legge n. 219/2017, anche in forma di DAT, hanno una *ratio* radicalmente differente rispetto a quella che si pone per una persona che li rifiuta nel corso di uno sciopero della fame. Le due situazioni non sono sovrapponibili: nel primo caso il contesto è quello del rifiuto o rinuncia di un trattamento sanitario ritenuto inaccettabile; nel secondo caso, invece, rifiuto e rinuncia, in quanto forma di protesta e/o testimonianza, non sono ritenute dallo scioperante in sé stesse inaccettabili, tanto che sarebbero oggetto di revoca se chi sciopera ottenesse quanto richiesto.

12. In sintesi, quanto al primo quesito, il rifiuto e la rinuncia a trattamenti sanitari, espressi tramite DAT, ove siano subordinati all'ottenimento di beni o alla realizzazione di comportamenti altrui - al fine di ottenere una modifica della condizione personale o di conseguire un bene in discussione (materiale o immateriale) - non possono considerarsi validi, in quanto utilizzati al di fuori della *ratio* della legge di riferimento. In questo senso, qualora venissero redatte, il medico sarebbe legittimato a disattenderle in quanto indebitamente condizionate e, dunque, «palesamente incongrue» (art. 4, comma 5, Legge n. 219/2017)¹².

13. Quanto, infine, al quesito concernente i limiti e le peculiarità, in condizioni di detenzione carceraria, dell'aiuto al suicidio, come depenalizzato dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019, occorre in primo luogo ricordare che quest'ultima subordina la non punibilità ad una serie di condizioni espressamente indicate:

- il proposito suicida si deve essere formato autonomamente e liberamente
- la persona deve essere tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale
- deve essere affetta da una patologia irreversibile
- quest'ultima deve essere fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che reputa intollerabili
- deve essere pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli
- le condizioni e le modalità di esecuzione devono essere verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale
- occorre il previo parere del comitato etico competente
- occorre verificare il pre-requisito del coinvolgimento del paziente in un percorso di cure palliative
- devono osservarsi le modalità degli artt. 1 e 2 della Legge n. 219/2017.

14. Va altresì ricordato che la sentenza n. 242/2019 non ha introdotto alcun diritto ad ottenere l'assistenza al suicidio da parte delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale.

15. Il quesito in oggetto apre comunque alla problematica generale del suicidio in carcere, con profili bioetici che sono decisamente più ampi e vanno oltre quelli coinvolti nella sentenza n. 242/2019, citata dal quesito stesso. Il CNB si è espresso in passato a riguardo, elaborando il parere *Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici*, del 25 giugno 2010, e potrà approfondire nuovamente questa problematica, anche alla luce delle riflessioni già offerte.

¹² Si segnala anche il principio espresso da Cass. Civ., Sez. III, 23.12.2020, n. 29469 per cui la dichiarazione di un rifiuto di un trattamento espressa prima del trattamento stesso vincola il medico, purché dalla stessa emerga in modo inequivoco la volontà di impedire il trattamento anche in ipotesi di pericolo di vita.

Le risposte ai quesiti del Ministero sono pertanto le seguenti:

1. Sul piano etico è possibile sostenere che il medico non è esonerato, nel caso di imminente pericolo di vita e quando il detenuto non sia in grado di esprimere la sua volontà attuale, dal porre in essere tutti gli interventi atti a salvare la vita.
2. Il rifiuto e la rinuncia a trattamenti sanitari, espressi tramite DAT, ove siano subordinati all'ottenimento di beni o alla realizzazione di comportamenti altrui, non possono considerarsi validi, in quanto utilizzati al di fuori della *ratio* della legge di riferimento. In questo senso, qualora venissero redatte, il medico sarebbe legittimato a disattenderle in quanto indebitamente condizionate e, dunque, «palesamente incongrue» (art. 4, comma 5, Legge n. 219/2017)
3. La sentenza della Corte Costituzionale n. 242 non ha introdotto alcun diritto a ottenere l'assistenza al suicidio da parte delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale, avendo subordinato la non punibilità dell'aiuto al suicidio alle condizioni espressamente indicate e menzionate *supra* al punto 13.

Documento coordinato da Mauro Ronco il 4 marzo 2023 e approvato da: Carlo Antonio Barone, Raffaele Calabrò, Tonino Cantelmi, Giuseppe Casale, Maria Grazia De Marinis, Luisa De Renzis, Matilde Leonardi, Andrea Manazza, Domenico Menorello, Assunta Morresi, Claudia Navarini, Carlo Petrini, Giovanna Razzano, Marcello Ricciuti, Giuliana Ruggieri, Maria Luisa Di Pietro, Mauro Ronco, Angelo Luigi Vescovi, oltre a un componente che ha preferito non pubblicare la propria identità.