- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.169 Tue, 17 Nov 2026, 18:53:26

Rivista italiana di cure palliative 2020; 22: 26-30

Riflessioni etiche a margine del suicidio medicalmente assistito: un dialogo tra principi

LUDOVICA DE PANFILIS

Azienda USL-IRCCS, Reggio Emilia

Pervenuto e accettato il 3 febbraio 2020.

Riassunto. La riflessione etica e giuridica ormai da molti anni si interroga sulla liceità di questioni come la sospensione dei trattamenti salvavita, la sedazione continua profonda, il suicidio medicalmente assistito, l'eutanasia. Di volta in volta vengono utilizzati principi morali, concretizzati in relativi diritti, a sostegno di posizioni etiche spesso opposte. Nel frattempo la giurisprudenza è andata avanti e il nostro Paese si è dotato di una legge sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento e continua a discutere il tema del suicidio medicalmente assistito. Questo contributo ha l'obiettivo di proporre una riflessione di natura etica a partire dalla sentenza n. 242 della Corte Costituzionale relativa al caso di Marco Cappato e Fabiano Antoniani. Lungi dall'esaurire le argomentazioni morali che ruotano intorno al tema, nel presente lavoro è stata scelta l'ottica della vulnerabilità e dell'autonomia relazionale per leggere le questioni implicite alla sentenza e le connessioni che quest'ultima instaura con la Legge 219 del 2017. Definire e distinguere i diversi interventi sulla salute che possono riguardare un individuo alla fine di un percorso di malattia non rappresenta la base per identificare ciò che è eticamente giusto o sbagliato. Al contrario, si tratta di un'azione diretta a promuovere un certo tipo di attenzione alla vulnerabilità delle persone che si trovano a vivere queste complicate situazioni esistenziali, nell'ottica di supportare la costruzione del significato personale di autonomia che ciascuno di noi vive, inevitabilmente, in relazione.

Parole chiave. Etica, legge, vulnerabilità, autonomia relazionale.

Ethics of physician-assisted suicide: a dialogue between ethical principles.

Summary. The ethical and legal reflections have been questioning the lawfulness and the ethics of end-of-life issues such as the withdrawal of life-saving treatments, continuous deep sedation, physician-assisted suicide, euthanasia. Several ethical principles have been used to support different moral stances. In the meantime, Italy has adopted a law on informed consent and advance directives, the law 219/2017. The paper is aiming at illustrating an ethical reflection starting from the Constitutional Court's decision n.242 relating to the case of Marco Cappato and Fabiano Antoniani. Far from exhausting the moral arguments that revolve around the theme, we chose the perspective of vulnerability and relational autonomy to read the sentence and the connections that it establishes with the Law 219/2017. Defining and distinguishing the different health interventions that can concern an individual at the end of life does not mean to identify what is ethically right or wrong. On the contrary, it is aimed at promoting special attention to the vulnerability of people coping with a terminal illness.

Key words. Ethics, law, vulnerability, relational autonomy.

Introduzione

Nei giorni in cui scrivo, Giovanni Custodero ha scelto di morire con la sedazione palliativa profonda continua creando, come spesso accade in queste vicende che riguardano la vita e il morire, un grande interesse mediatico[1]. Commentando la storia di Giovanni, Marco Cappato sostiene che "da quando è in vigore la Legge 219 è possibile, per le persone capaci di intendere e di volere, fare testamento biologico e ricorrere alla sedazione profonda nei casi previsti ed espletate le procedure previste dalla legge stessa. Diverso è il discorso del suicidio assistito, che la sentenza della Corte costituzionale ha ammesso in pochi e ben individuati casi, trasformando di fatto la giurisprudenza in materia in legge"[2].

In un'unica e breve dichiarazione, Marco Cappato esprime alcuni concetti fondamentali: la differenza tra la sedazione palliativa profonda continua e il suicidio medicalmente assistito (SMA), l'importanza della sentenza della Corte costituzionale che direttamente lo ha riguardato e[3] di cui qui si discuterà e la rilevanza della L.219/2017[4], non senza incorrere in alcune imprecisioni.

Se, infatti, è vero che la sedazione palliativa profonda continua è ben diversa dal SMA, è altrettanto vero che ad essa si può ricorrere da quando è in vigore la L.219 attraverso il testamento biologico? E cosa dice, esattamente, la Corte costituzionale in merito al SMA?

La correlazione tra la L. 219, la sentenza della Corte, il SMA e la sedazione profonda, così come altre questioni finora ancora non menzionate, è ancora più stretta di quel che emerge in queste prime righe.

Si tratta di un "filo etico" che collega tra loro questioni di biodiritto le quali, inevitabilmente, interrogano la morale personale e pubblica. Come scriveva

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.169 Tue, 17 Nov 2026, 18:53:26

Stefano Rodotà, infatti, nelle questioni che riguardano la vita, il morire e le relative interazioni con i risultati del progresso scientifico, il primato della persona richiede un necessario intreccio tra "le esigenze di una protezione *pubblica* del corpo, necessariamente «inviolabile» e limitatamente «disponibile» (in particolare, nel senso che deve essere sottratto alla logica del mercato), e la necessità di mantenere uno spazio di *indecidibilità*, *privato* (nel senso di totalmente riservato al suo titolare)"[5].

La doppia natura degli argomenti di cui il biodiritto si interessa fa sì che una lettura squisitamente etica del materiale di natura giuridica possa offrire alcune riflessioni fondamentali non solo per la comprensione dei temi trattati, ma anche per una loro chiarificazione concettuale e semantica, oltre che etica. Obiettivo di questo scritto è quello di contribuire al dibattito con una riflessione etica sul SMA così come affrontato recentemente dal Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) e dalla Corte costituzionale, con una particolare attenzione alle relazioni che, soprattutto la Corte, ha instaurato con la L.219 del 2017[4a].

A partire dalle parole utilizzate dai documenti oggetto di riflessione, si evidenzierà una delle possibili trame etiche sottese al tema del SMA e le sue implicazioni morali e relazionali. Il principio di autonomia e quello di salvaguardia e tutela della sacralità della vita umana non solo, infatti, non sono sufficienti a risolvere il dibattito in merito, ma non sono neanche necessariamente in contrapposizione.

Fabio Antoniani e il diritto all'autodeterminazione

La storia di Fabio Antoniani, noto come Dj Fabo, è piuttosto nota[b], sia per la battaglia che, ancora in vita, il giovane uomo aveva condotto per la legalizzazione dell'eutanasia, sia per le vicende conseguenti alla sua scelta di recarsi in Svizzera e concludere la sua vita prematuramente attraverso il SMA. Nella storia di Fabiano è stato coinvolto direttamente l'attivista Marco Cappato, che lo ha accompagnato con la sua automobile presso la clinica elvetica, autodenunciandosi al ritorno. In seguito all'autodenuncia, la Corte rimettente ha ritenuto che l'accompagnamento in auto di Dj Fabo potesse integrare, in base al diritto vigente, la fattispecie dell'aiuto al suicidio, in quanto condizione per la realizzazione dell'evento. Su questo presupposto, però, la Corte d'assise milanese ha dubitato della legittimità costituzionale della norma censurata[3] chiedendo l'intervento della Corte costituzionale.

La sentenza in discussione, la n. 242, è la risposta della Corte Costituzionale al quesito sollevato dalla corte milanese e l'importanza della sentenza sta nelle argomentazioni utilizzate a sostegno del fatto che, sebbene in via generale si possa escludere che l'incriminazione dell'aiuto al suicidio sia di per sé in contrasto con la Costituzione, la Corte individua «(…) nondimeno, una circoscritta area di non conformità costituzionale della fattispecie criminosa, corrispondente segnatamente ai casi in cui l'aspirante suicida si identifichi – come nella vicenda oggetto del giudizio a quo – in una persona "(a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli"»[3].

Nel luglio 2019, solo pochi mesi prima della sentenza n. 242, il CNB aveva diffuso un parere sul tema dal titolo: "Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito"[6]. In questo documento, esempio evidente di equilibrio argomentativo e di bilanciamento etico-morale tra valori contrastanti alla base di differenti posizioni morali, il CNB sceglie una terminologia specifica per affrontare il tema. Per cominciare con il principio di *autonomia*, esso viene nominato sette volte nel parere ed è riferito alla persona capace, che "rivendica il controllo sulla propria vita e sulla propria morte"[6]; l'autonomia si caratterizza, poi, per la sua possibile assenza e mancanza alla fine della vita e per l'importanza di valorizzarla; si concretizza, infine, in diritto all'*autodeterminazione* nella sua forma di libertà e quale concetto cardine della L. 219. Sono, però, altri i termini che più spesso vengono utilizzati per far riferimento alle persone coinvolte nella richiesta di SMA: la *vulnerabilità* viene nominata sei volte, gli individui fragili due, il concetto di *tutela* e *relazione*, rispettivamente, diciannove e quattro volte.

Se si effettua la stessa ricerca terminologica nella sentenza della Corte costituzionale in analisi, *l'autodeterminazione* rappresenta il diritto sul quale basarsi per porre attenzione alle scelte del fine vita della persona relative ai trattamenti sanitari, ma è la *vulnerabilità* della persona malata al centro della sentenza: il termine viene utilizzato sedici volte, insieme a quello di *relazione*, meno utilizzato, ma sempre teso a delineare un atteggiamento di cura e di fiducia.

Infine, la dignità: il termine descrive il significato della persona, il suo espletarsi nel mondo e ciò che connota l'essere umano come "fine in sé", utilizzando una espressione di origine kantiana[7]. Nella "Fondazione della metafisica dei costumi" il filosofo tedesco sostiene che «ciò che ha un prezzo può essere sostituito con qualcos'altro come equivalente. Ciò che invece non ha prezzo, e dunque non ammette alcun equivalente, ha una dignità (…) E in questo è conservato il fondamento dell'affermazione per cui «ogni uomo è un fine in sé e non può mai essere considerato come un mezzo in vista di altri fini»[7].

Una volta riconosciuta una universale necessità di tutelare la persona umana nella sua essenziale dignità, è possibile sostenere che essa può essere intesa oggettivamente – e quindi individuata da alcuni fattori che ne delineano un significato condiviso – oppure può essere descritta soggettivamente ed in questo caso "la dignità della vita si presenterà come un criterio il cui contenuto sarà fatto valere dalla stessa persona coinvolta nelle scelte decisive della bioetica"[8]. Nella sua versione oggettiva la di-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.169 Tue, 17 Nov 2026, 18:53:26

gnità diventa una *conditio sine qua non* del rispetto della vita umana in sé, ma corre il rischio di aspirare ad una universalità difficilmente concretizzabile se non è calata nell'idea personale di dignità che ciascun individuo possiede e sulla quale basa le proprie scelte di vita[c]. È soltanto connettendo il concetto di dignità a quelli di qualità di vita, autodeterminazione e libertà di scelta, che la tutela della dignità si trasforma in principio regolatore.

Dunque, nel parere del CNB in esame, la *dignità* viene nominata ben diciotto volte, per lo più in due usi a sostegno della descrizione di due posizioni apparentemente opposte: dignità nella morte e autonomia decisionale *versus* dignità intrinseca ed indisponibilità della vita umana. Nella sentenza n. 242, al contrario, il termine viene utilizzato di meno, sei volte, ma a sostegno di un concetto di dignità personale che coincide con la libertà nelle scelte di cura e nel proprio fine vita.

Nel paragrafo successivo si cercherà di illustrare come, ponendo attenzione al principio di vulnerabilità, sostenuto da quello di autonomia in relazione, il tema del SMA possa essere affrontato con attenzione autentica alla fragilità della persona malata.

Vulnerabilità e "autonomia in relazione": principi a tutela della dignità della persona malata

Senza voler entrare nel merito delle argomentazioni giuridiche, si può preliminarmente affermare che ciò che la Corte costituzionale sostiene da un punto di vista etico nella sentenza n. 242 sul caso Cappato è la tutela di quello che il principismo o principialismo[9] chiamerebbe principio di giustizia. È utile rileggere le parole della sentenza, già in parte citata nell'introduzione, per procedere con l'argomentazione: "Questa corte ha individuato, nondimeno, una circoscritta area di non conformità costituzionale della fattispecie criminosa, corrispondente ai casi in cui l'aspirante suicida si identifichi – come nella vicenda oggetto del giudizio a quo – in una persona «(a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli» (ordinanza n. 207 del 2018). (…). In tali casi, l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unico modo per sottrarsi, secondo le proprie scelte individuali, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare (…). Nei casi considerati – ha osservato questa Corte – la decisione di accogliere la morte potrebbe essere già presa dal malato, sulla base della legislazione vigente, con effetti vincolanti nei confronti dei terzi, a mezzo della richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto e di contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua. Ciò, in forza della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) (…)"[3].

Nell'individuare questa circoscritta aera di non conformità costituzionale, la Corte collega casi come quello di Fabiano Antoniani al tema della sospensione dei trattamenti prevista dalla L. 219, sottolineando però, solo in un passaggio successivo e senza darvi il giusto rilievo, come tale diritto alla interruzione di trattamenti salvavita sia inquadrato, nella già menzionata Legge, nel contesto della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico.

È opinione di chi scrive che ciò che la L. 219 prevede ed afferma ha senso ed è eticamente sostenibile solo nel contesto della relazione di cura e di fiducia e come risultato di essa. La sospensione dei trattamenti salvavita, così come il loro "non inizio" e il contestuale obbligo del medico di rispettare la volontà e le preferenze della persona direttamente interessata, sono eticamente equivalenti e giustificati non solo in base al principio di autonomia classicamente inteso, ma anche sulla base del principio relazionale che ispira e sostiene l'impianto della L. 219. Privare dell'ottica relazionale il ragionamento sotteso alla legge sul consenso informato, per applicarlo a condizioni come quella della richiesta di non già terminare la sofferenza ma di provocare la morte, può creare non poche difficoltà etiche.

Dal punto di vista della riflessione morale, può essere, dunque, utile sottolineare il valore della vulnerabilità e dell'autonomia relazionale, meno utilizzati nel dibattito etico, ma in realtà fortemente significativi rispetto ai temi affrontati. In particolare, mi concentrerò sulla nozione di vulnerabilità che, come si è potuto osservare dalla ricerca semantica condotta sul parere del CNB e sulla sentenza della Corte, rappresenta una caratteristica centrale delle persone spesso coinvolte in queste tematiche.

Sull'autonomia relazionale molto si è scritto[10-12]. Nel tentativo, sicuramente insufficiente, di darne una chiarificazione concettuale è possibile sostenere che essa rappresenti il risultato di uno sforzo di "ri-concettualizzazione" del principio di autonomia, senza giungere, peraltro, ad un consenso su cosa essa rappresenti. Come è stato dimostrato in una revisione della letteratura recentemente pubblicata[13], la maggior parte degli autori che sostengono tale principio sostanzialmente propone un'analisi relazionale delle due precondizioni dell'autonomia (autodeterminazione e autogoverno del sé)[13]. L'autonomia relazionale rappresenta, inoltre, lo strumento concettuale utile ad evidenziare l'importanza che l'autonomia personale non venga soltanto protetta, ma sia, al contrario, attivamente promossa[13].

Il passaggio successivo è quello per cui esiste un legame interno tra vulnerabilità ed autonomia relazionale, in quanto tali categorie sono attraversate da un rimando reciproco e continuo che sostiene la coerenza concettuale di ognuna di esse[14]. Da un certo momento in poi dello sviluppo della riflessione bioetica la vulnerabilità ha, infatti, problematizzato il principio di autonomia classicamente inteso,

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.169 Tue, 17 Nov 2026, 18:53:26

ponendo l'accento sul vissuto legato alla malattia: qualsiasi sia l'esito che la definisce, il suo decorso e le conseguenze sulla vita della persona malata, la malattia costringe l'individuo ad uno stravolgimento del vivere quotidiano e alla vulnerabilità di scelte difficili. Anche per quanto riguarda la categoria della vulnerabilità, non è facile trovare una definizione univoca: in generale, è possibile sostenere che l'utilizzo della categoria in campo bioetico non può non tenere conto oltre che della sua dimensione esistenziale – qualità strutturale dell'esistenza che tutti condividiamo – anche della sua particolare condizionatezza, legata alla sofferenza, alla malattia, al dolore ed all'individualità[15].

I contesti di cura sono luoghi di relazione. Qualsiasi riflessione sulla vulnerabilità avulsa dal contesto in cui le vulnerabilità possono crearsi rischia di non coglierne a pieno il suo significato e ciò vale non solo per tale categoria, ma anche per i principi classici dell'etica medica. Ad esempio, se contestualizzato in relazione al processo decisionale, il principio di autonomia mostra tutti i suoi limiti. Il presupposto per cui le decisioni sono prese autonomamente ed in una perfetta condizione razionale protetta da influenze di qualsiasi tipo nega l'essenza stessa dell'essere vulnerabile in un mondo di relazioni: il processo decisionale può essere condizionato non solo dalla rete di persone che ci circonda, ma anche da fattori economici, di genere, familiari[16]. L'incontro tra il professionista sanitario ed il paziente è parte integrante del lavoro di cura, se non il cuore vero e proprio. Il modo in cui i curanti incontrano i pazienti descrive come comprendono e si fanno carico della loro vulnerabilità, e ciò ha un significato morale. In un articolo del 2018 sul vissuto di studenti di scienze infermieristiche[17] è riportato che ciò che maggiormente essi provano nei primi incontri diretti con i pazienti è inadeguatezza e vulnerabilità. Lo studio è interessante, perché pone l'accento sulla vulnerabilità dei professionisti sanitari e non solo quella relativa alla persona malata e questo aspetto sottolinea una "simmetria di vulnerabilità"[18] nella relazione di cura: quella dei pazienti ha un corrispettivo nella "vulnerabilità responsabile" dei curanti.

Trasferendo questa riflessione di principio agli argomenti oggetto di questo contributo è possibile identificare due questioni principali degne di approfondimento, una relativa alla tutela della dignità – e della vulnerabilità – della persona che soffre, e l'altra relativa alla cornice in cui vengono prese le scelte relative alla salute che gli individui compiono.

Rispetto al primo tema, è necessario superare la contrapposizione tra qualità e sacralità della vita umana e tra autonomia e tutela della vita umana – identificate solitamente come poli opposti dell'etica del curare: la nozione di vulnerabilità può rappresentare proprio il dispositivo utile a questo fine. Se, infatti, quest'ultima viene intesa nella sua dimensione relazionale, come punto di equilibrio tra le posizioni di tutti gli attori coinvolti nella cura, diventa allora necessario non solo tutelare la vulnerabilità, ma anche valorizzarla: in questo senso, la vulnerabilità non è più solo quella dei soggetti da proteggere; essa può diventare principio etico di riferimento, categoria regolatoria, criterio della relazione di cura, modalità di assessment per una cura personalizzata[19-22].

Una volta riconosciuto il valore normativo della vulnerabilità, la nozione di sacralità della vita umana è soggetta ad una rilettura che la qualifichi in direzione non oppositiva (alla qualità), ma problematica: è proprio in quanto la vita è sacra che dobbiamo tutelarne la sua qualità. Allo stesso modo, è proprio in quanto la dignità è intrinseca che la vita umana viene tutelata attraverso la valorizzazione del concetto personale e soggettivo di qualità di vita.

Tutto ciò deve, però, avvenire nei contorni della relazione di cura – per passare al secondo tema menzionato: questo è lo spirito della L. 219 sul consenso informato, il cui slogan "la comunicazione è tempo di cura" ne riassume il significato più profondo. Il consenso fuori dalle dinamiche relazionali non è tale, la scelta di cura fuori dalla relazione terapeutica non può essere pienamente consapevole. Supportare l'autonomia in modo relazionale significa sorvegliare la tendenza paternalistica insista nell'asimmetria di cura, senza de-responsabilizzarsi ma anzi, condividendo il peso della scelta.

Conclusioni

La L. 219 nomina la relazione tra paziente, medico, équipe e familiari cinque volte: è di fiducia, è comunicativa, è di cura. Tutti i soggetti coinvolti rappresentano i nodi di una rete che funziona a sostegno della personalizzazione delle scelte di cura: è con il consenso del paziente che i medici possono informare i familiari; è con il suo consenso che i trattamenti possono essere iniziati ed è con il suo dissenso che possono essere sospesi; è, infine, con il coinvolgimento del paziente che può essere iniziata una sedazione palliativa profonda continua[4]. Il ruolo dei medici e del resto dell'équipe di cura è di autonomia professionale, ma anche di responsabilità morale che nasce e cresce come caratteristica della relazione di cura.

A conclusione di queste di certo non esaustive riflessioni, è importante rimarcare la differenza tra il tema del SMA e quello della sospensione dei trattamenti e della sedazione profonda continua, così come delle cure palliative. Tracciare i contorni degli interventi possibili alla fine della vita non rappresenta la base per identificare ciò che è eticamente giusto o sbagliato. Al contrario si tratta di un'azione diretta a promuovere un certo tipo di attenzione alla vulnerabilità delle persone che si trovano a vivere queste complicate situazioni esistenziali, nell'ottica di supportare la costruzione del significato personale di autonomia che ciascuno di noi vive, inevitabilmente, in relazione.

Conflitto di interessi: l'autrice dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.169 Tue, 17 Nov 2026, 18:53:26

Note di approfondimento

[a] Le riflessioni di natura giuridica in merito al percorso che la Corte costituzionale ha svolto in questa sentenza definita storica sono numerose, e in questa sede vorrei citarne in particolare tre, significative per la descrizione argomentativa che offrono a cavallo tra la morale, l'etica, il diritto: Canestrari S, I Tormenti del corpo e le ferite dell'anima: la richiesta di assistenza a morire e l'aiuto al suicidio, in Marini FS e Cupelli C, a cura di; Il caso Cappato: riflessioni a margine dell'ordinanza della Corte Costituzionale n.2017 del 2018, ESI, 2019; Magro MB. The last dance, Riflessioni a margine del c.d. caso Cappato, Testo della relazione al convegno "Istigazione e aiuto al suicidio e valori costituzionali: un orizzonte da delineare" del 15 marzo 2019, svolto presso il Senato della Repubblica, organizzato da Accademia Aletheia, il Dipartimento di Scienze giuridiche e politiche dell'Università G. Marconi, e la Scuola Territoriale della Camera Penale di Roma.

[b] Come riportato dalla Corte costituzionale, "le questioni traggono origine dalla vicenda di F. A., il quale, a seguito di un grave incidente stradale avvenuto il 13 giugno 2014, era rimasto tetraplegico e affetto da cecità bilaterale corticale (dunque, permanente). Non era autonomo nella respirazione (necessitando dell'ausilio, pur non continuativo, di un respiratore e di periodiche asportazioni di muco), nell'alimentazione (venendo nutrito in via intraparietale) e nell'evacuazione. Era percorso, altresì, da ricorrenti spasmi e contrazioni, produttivi di acute sofferenze che non potevano essere completamente lenite farmacologicamente, se non mediante sedazione profonda. Conservava, però, intatte le facoltà intellettive.

All'esito di lunghi e ripetuti ricoveri ospedalieri e di vari tentativi di riabilitazione e di cura (comprensivi anche di un trapianto di cellule staminali effettuato in India nel dicembre 2015), la sua condizione era risultata irreversibile. Aveva perciò maturato, a poco meno di due anni di distanza dall'incidente, la volontà di porre fine alla sua esistenza, comunicandola ai propri cari. (...). Aveva preso contatto nel maggio 2016, tramite la propria fidanzata, con organizzazioni svizzere che si occupano dell'assistenza al suicidio (...). Nel medesimo periodo, era entrato in contatto con M. C., imputato nel giudizio a quo, il quale gli aveva prospettato la possibilità di sottoporsi in Italia a sedazione profonda, interrompendo i trattamenti di ventilazione e alimentazione artificiale. (...). Il 25 febbraio 2017 era stato quindi accompagnato da Milano (ove risiedeva) in Svizzera, a bordo di un'autovettura appositamente predisposta, con alla guida l'imputato *(Marco Cappato)* e, al seguito, la madre, la fidanzata e la madre di quest'ultima. (...). Il suicidio era peraltro avvenuto due giorni dopo (il 27 febbraio 2017): azionando con la bocca uno stantuffo, l'interessato aveva iniettato nelle sue vene il farmaco letale. Di ritorno dal viaggio, M. C. si era autodenunciato ai carabinieri" [3].

[c] Non è possibile, qui, esporre il dibattito sul concetto di dignità che ha, nel tempo, acquisito enorme rilevanza e ricchezza di contributi. Si rimanda, pertanto, al volume di Cattorini P, D'Orazio, Pocar V (a cura di), Bioetiche in dialogo. La dignità della vita umana. L'autonomia degli individui, Zadig, Milano, 1999.

Bibliografia

1. La scelta di Giovanni: "La vita è stata bella, ma adesso sedatemi", Michela Marzano, disponibile su: https://rep.repubblica.it/pwa/generale/2020/01/07/news/la_scelta_di_giovanni_la_vita_e_stata_bella_ma_adesso_sedatemi_-245198803/
2. Eutanasia Legale, liberi fino alla fine. Disponibile su: www.eutanasialegale.it/articolo/giovanni-custodero-portiere-malato-cancro-domani-avro-la-sedazione-profonda/
3. Sentenza 242/2019 Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale, disponibile su www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242
4. Legge 22 Dicembre, 2017, n.219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", disponibile su www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg
5. Piccinni M. Biodiritto tra regole e principi. Uno sguardo «critico» sulla l. n. 219/2017 in dialogo con Stefano Rodotà, BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, n. 1/2018, pp.121-146.
6. Comitato Nazionale per la Bioetica, Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito, Parere del 18 Luglio 2019, disponibile su http://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte/riflessioni-bioetiche-sul-suicidio-medicalmente-assistito/
7. Kant I. Fondazione della metafisica dei costumi. Roma-Bari: Editori Laterza, 2005.
8. Lecaldano E. Dignità. In: Lecaldano E (a cura di). Dizionario di Bioetica. Roma-Bari: Laterza, 2002.
9. Beauchamp T, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press, 2001.
10. Donchin A. Understanding autonomy relationally: toward a reconfiguration of bioethical principles. J Med Philos 2001; 26: 365-86.
11. Mackenzie C, Stoljar N. Relational autonomy: feminist perspective on autonomy, agency and the social self. Oxford: Oxford University Press, 2000.
12. Peruselli C, De Panfilis L. Autonomia personale e autonomia relazionale: principi in dialogo. Riv It Cure Palliative 2018; 20 (1).
13. Gòmez-Vìrseda C, de Maeseneer Y, Gastams C. Relational autonomy: what does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument based literature. BMC Med Ethics 2019; 20: 76.
14. Casalini B. Etica della cura, dipendenza, disabilità. Disponibile Su Iaph-Italia, 2015.
15. Martin AK, Tavaglione N, Hurst S. Resolving the conflict: clarifyng vulnerability in health care ethics. Kennedy Inst Ethics J 2014; 24: 51-72.
16. Gelhert S, Mozersky J. Seeing beyond the margins: challenges to informed inclusion of vulnerable populations in research. J Law Med Ethics 2018; 46: 30-43.
17. Kaldal MH, Kristiansen J, Uhrenfeldt L. Nursing students experienced personal inadequacy, vulnerability and transformation during their patient care encounter: a qualitative meta-synthesis. Nurse Educ Today 2018; 64: 99-107.
18. Straehle C. Vulnerability, health agency and capability to health. Bioethics 2016; 30-1: 34-40.
19. Bracken-Roche D, Bell E, Macdonald ME, Racine E. The concept of 'vulnerability' in research ethics: an in-depth analysis of policies and guidelines [published correction appears in Health Res Policy Syst 2017; 15: 29]. Health Res Policy Syst 2017; 15: 8. Published 2017 Feb 7. doi:10.1186/s12961-016-0164-6.
20. Orth, HG Schicktanz S. The Vulnerability of study participants in the context of transnational biomedical research: from conceptual considerations to practical implications. Dev World Bioeth 2017; 17: 121-33.
21. Deleris LA, Aonghusa PM, Shorten R. Person-Specific Standardized Vulnerability Assessment in Health and Social Care. Stud Health Technol Inform 2015; 216: 462-6.
22. Coleman CH. Vulnerability as a regulatory category in human subject research. J Law Med Ethics 2009; 37: 12-8.

Indirizzo per la corrispondenza:
Dott.ssa Ludovica De Panfilis
ludovica.depanfilis@ausl.re.it