

Natalini Aldo

Avvocato, Magistrato onorario e giornalista pubblicista

Omicidio del consenziente tra dissenso terapeutico e adempimento del dovere

[Da Dossier Lex24 del settembre 2008](#)

[...] **Il problema del dissenso all'intervento terapeutico salvavita.** Tanto sommariamente premesso in punto di analisi strutturale del reato di omicidio del consenziente, la prospettiva da cui abbiamo preso le mosse impone ora di riflettere sul non secondario problema che anzi è di scottante attualità posto dall'autodeterminazione della vittima che si ritenga vittima di un accanimento terapeutico e per questo esprima il consenso all'interruzione delle pratiche mediche salvifiche.

L'interrogativo è semplice quanto apparentemente insolubile: risponde di omicidio del consenziente il medico che, su richiesta del malato, «stacca la spina» (25) ? O non è punibile perché agisce in adempimento degli obblighi costituzionali di rispetto della volontà del paziente?

Il caso Welby e la scriminante ex art. 51 c.p. La questione come accennato ab initio è stata drammaticamente posta all'ordine del giorno dalla vicenda umana di Piergiorgio Welby, conclusasi ad opera di un anestesista che, aderendo alla pressante richiesta del paziente, disconnesse il respiratore che lo teneva in vita artificialmente, praticandogli contemporaneamente un trattamento sedativo per accompagnarne il decesso.

Sul fronte giudiziario, nonostante la richiesta di archiviazione della Procura di Roma (26), il G.I.P. ordinò al P.M. l'imputazione coatta nei confronti del medico, ravvisando proprio il reato di cui all'art. 579 c.p. assumendo, in particolare, sotto il profilo del dolo, che era stato lo stesso professionista a farsi avanti per interrompere la terapia al Welby pur non essendo il suo medico curante e ad essersi dimostrato del tutto incurante della decisione del Giudice civile che, pur riconoscendo nella specie l'esistenza di un diritto soggettivo del paziente ad interrompere la terapia, lo ritenne privo di tutela giuridica in assenza di una specifica normativa (27).

Ma il G.U.P. di Roma pronunciò il non luogo a procedere ex art. 51 c.p. a favore dell'anestesista (28), sottolineando come non si possa riconoscere un diritto di rango costituzionale quale quello

all'«autodeterminazione individuale e consapevole» in materia di trattamento sanitario e poi lasciarlo senza tutela, sulla scorta della pretesa vigenza di disposizioni normative di fonte gerarchica inferiore a contenuto contrario. Così facendo ha statuito il giudice di prime cure si porrebbe ad una palese violazione della gerarchia delle fonti, in quanto non si può disattendere l'applicazione di una norma costituzionale assumendo l'esistenza di norme contrastanti di valore formale inferiore. Insomma, delle due è l'una: o si privilegia l'interpretazione che fa salvo il principio costituzionale con immediata applicazione di quest'ultimo, discostandosi dall'interpretazione contraria della norma (29), oppure, in caso di insuperabile conflitto, si deve sollevare questione di legittimità costituzionale (30); certamente non si può lasciare inattuato un principio costituzionale e senza tutela giuridica il diritto soggettivo che da esso discende.

L'autodeterminazione del paziente. Il nodo della questione postasi in questo che, nel nostro ordinamento, ha assunto il ruolo di vero e proprio *leading case*, passa evidentemente per il riconoscimento del diritto fondamentale di ciascuno a non essere sottoposto a trattamenti sanitari contro la propria volontà. Com'è stato autorevolmente scritto, ogni sistema giuridico laico, liberale e personalista «si fonda, grazie a Dio, sul diritto all'autodeterminazione, che esclude un'"autorità della ragione" di terzi sulle decisioni di uomini adulti e sani dal punto di vista psichico» (31).

Alla luce del dettato chiarissimo dell'art. 32, comma 2, della Costituzione, nonché dell'interpretazione che di esso è stata data dalla giurisprudenza costituzionale (32) e di legittimità (33), non possono disattendersi il riconoscimento e la tutela del diritto all'autodeterminazione della persona in materia di trattamento sanitario, diritto che contempla ovviamente anche il caso di rifiuto di nuova terapia e lo speculare caso di interruzione della terapia già iniziata, quand'anche essa sia salvifica. Infatti il diritto soggettivo riconosciuto costituzionalmente nasce già perfetto, non necessitando di alcuna disposizione attuativa di normazione secondaria, sostanziandosi in una pretesa di astensione, ma anche di intervento se ciò che viene richiesto è l'interruzione di una terapia, da parte di terzi qualificati in ragione della loro professione. In altre parole, se la disposizione del proprio corpo finanche a determinare la propria morte viene effettuata nell'ambito dell'esercizio del diritto di cui all'art. 32, comma 2, Cost., questa è consentita, proprio in ossequio a quest'ultima previsione costituzionale che attribuisce tale facoltà alla persona, salvo che non sia diversamente stabilito con legge ordinaria. E se anche fosse rintracciabile nell'ordinamento una disposizione che consentisse la sottoposizione forzata ad un determinato trattamento sanitario, essa andrebbe considerata incostituzionale laddove superasse i limiti del rispetto della dignità della persona umana (34).

Il diritto al rifiuto di cure salvifiche. Il diritto al rifiuto dei trattamenti sanitari, facente parte dei diritti inviolabili della persona di cui all'art. 2 Cost., è dunque insito nel principio di

autodeterminazione. Il quadro normativo delineato dalla Consulta nel corso degli anni non lascia dubbi, in quanto da esso discende con chiarezza che l'individuo può rifiutare trattamenti medici e la sua volontà consapevole deve essere rispettata anche quando il rifiuto riguardi terapie salvavita; e tutto ciò vale non solo nel rapporto tra Stato e cittadini, ma anche tra privati ovvero tra il paziente ed il suo medico, che dovrà attenersi alla volontà del malato come regola generale.

Si tratta di un diritto, del resto, confermato anche a livello internazionale nella convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, ratificata con legge n. 145/2001 che, all'art. 5 prevede, che «un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero ed informato. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso» (35).

I requisiti del rifiuto. Affinché la manifestazione di volontà del paziente abbia rilievo giuridico onde escludersi l'applicazione dell'art. 579 in forza della scriminante dell'art. 51 c.p. sono tuttavia necessari una serie di requisiti, siccome evincibili dalla Costituzione e dai principi generali dell'ordinamento. Il rifiuto (come il consenso) anzitutto deve essere personale, ovvero deve promanare dal titolare stesso del diritto alla vita che potrebbe essere pregiudicata o che sarà pregiudicata, in quanto a nessuno è consentito decidere della vita altrui senza incorrere nei divieti della legge anche penale (36).

Inoltre il dissenso, per essere valido, deve essere consapevole ovvero informato, incidendo esso su diritti essenziali dell'individuo. Infatti, quest'ultimo ne può disporre solo se pienamente consapevole della sua condizione psico-fisica, delle prospettive evolutive della sua condizione e delle conseguenze che possono scaturire dalle sue scelte, perché altrimenti la sua volontà sarebbe viziata da elementi di conoscenza distorti o mancanti e quindi non libera. Il rifiuto deve essere poi autentico ovvero non apparente, non condizionato da motivi irrazionali (ad esempio la paura) : deve essere, insomma, effettivamente attribuibile alla volontà del soggetto e non il frutto di costrizione o di suggestione di alcun tipo esercitata da terzi; deve essere strettamente collegato a concrete situazioni personali del malato (ad esempio la sofferenza causata dal male o l'incurabilità della malattia) e non legato a superstizioni, pregiudizi o altro.

È necessario, altresì, che il rifiuto sia reale e, segnatamente, che sia compiutamente e chiaramente espresso e che non sia semplicemente desumibile dalle condizioni di sofferenza o dalla gravità del male.

Requisito imprescindibile è poi l'attualità del rifiuto, non essendo sufficiente che la persona abbia espresso in precedenza la propria volontà in tal senso (ad esempio, mediante le «dichiarazioni anticipate » od il «testamento biologico», né tanto meno potrebbe aggiungersi soltanto quando desumibile dal suo «stile di vita» (37)). E ciò in quanto l'«essenzialità dei diritti» sui quali incide il

comportamento del medico comporta la necessità di verificare che la volontà di rifiutare un trattamento «salva-vita» sussista sino al momento in cui il medico si accinge ad attuare la volontà del malato.

Il limite del rifiuto: il rapporto medico/paziente. C'è poi un consistente limite di operatività a fini scriminanti del dissenso: il possibile rifiuto del malato deve essere esercitato con riferimento ad un «trattamento sanitario», potendo riguardare solo una condotta che ha come contenuto competenze di carattere medico e sempre all'interno di un rapporto di natura contrattuale a contenuto sanitario. Solo sul professionista e non su altri incombe, quindi, il dovere di osservare la volontà di segno negativo del paziente, in ragione della relazione instauratasi tra i due per l'espletamento di una condotta di natura sanitaria a contenuto concordato. Con la conseguenza che, se il professionista dovesse porre in essere una condotta direttamente causativa della morte del paziente per espressa volontà di quest'ultimo, risponderà ad un preciso dovere che discende dalla previsione dell'art. 32, comma 2, Cost., mentre la stessa condotta posta in essere da ogni altro soggetto non risponderà ad alcun dovere giuridicamente riconosciuto dall'ordinamento, non essendo stata esercitata all'interno di un rapporto terapeutico, nel quale solo nascono e si esercitano diritti e doveri specifici. In altri termini, un parente od un amico del malato terminale mai e poi mai potranno beneficiare della scriminante medica (38) : avuto riguardo all'art. 579 c.p., disporranno infatti solo del consenso (sotto forma di dissenso terapeutico) dell'avente diritto, che però è elemento tipico dell'omicidio del consenziente (39).

La sentenza del caso Welby. Alla luce di queste premesse, può essere condivisa la soluzione proscioglitrice in ordine al reato di omicidio del consenziente sentenziata nel summenzionato caso Welby: difatti, il rifiuto di una terapia, anche se già iniziata, ove venga esercitato nell'ambito sopra descritto ed alle condizioni precedentemente illustrate, costituisce un diritto costituzionalmente garantito e già perfetto, rispetto al quale sul medico incombe, in ragione della professione esercitata e dei diritti e doveri scaturenti dal rapporto terapeutico instauratosi con il paziente, il dovere giuridico di consentirne l'esercizio. Con la conseguenza che, se il medico in ottemperanza a tale dovere, contribuisse a determinare la morte del paziente per l'interruzione di una terapia salvavita, egli non risponderebbe penalmente del delitto di omicidio del consenziente, in quanto avrebbe operato alla presenza di una causa di esclusione del reato e segnatamente quella prevista dall'art. 51 c.p. La fonte del dovere per il medico, quindi, risiederebbe in prima istanza nella stessa norma costituzionale, che è di rango superiore rispetto alla legge penale, e l'operatività della scriminante nell'ipotesi sopra delineata è giustificata dalla necessità di superare la contraddizione dell'ordinamento giuridico il quale, da una parte, non può attribuire un diritto e, dall'altra, incriminarne il suo esercizio. [...]

[...]

IL CASO WELBY

Attività medico-chirurgica - Rifiuto di terapia - Diritto costituzionalmente garantito - Dovere giuridico di consentirne l'esercizio - Conseguenze - Condotta attiva del medico causativa il decesso del paziente - Omicidio del consenziente - Non sussiste - Scriminante dell'adempimento del dovere - Fonte costituzionale del dovere - Ratio - Principio di non contraddizione . (Cp, articoli 51 e 570; Costituzione)

Il rifiuto di una terapia, anche se già iniziata, ove venga esercitato nell'ambito ed alle condizioni di legge, costituisce un diritto costituzionalmente garantito e già perfetto, rispetto al quale incombe sul medico e solo su questi in ragione della professione esercitata e dei diritti e doveri scaturenti dal rapporto terapeutico instauratosi col paziente, il dovere giuridico di consentirne l'esercizio. Ne consegue che se il medico, in ottemperanza a tale dovere, contribuisce a determinare la morte del paziente per l'interruzione di una terapia salvavita, non risponde penalmente del delitto di omicidio del consenziente, in quanto opera alla presenza di una causa di esclusione del reato e, segnatamente, quella prevista dall'art. 51 c.p., per aver reagito in adempimento di un dovere la cui fonte è prevista dalla stessa norma costituzionale (art. 32, comma 2, Cost.), essendo la scriminante giustificata dalla necessità di superare la contraddizione dell'ordinamento giuridico che, da una parte, non può attribuire un diritto e, dall'altra, incriminarne il suo esercizio. (A.Nat.)

Tribunale penale di Roma, Ufficio G.U.P., sentenza 23 luglio-17 ottobre 2007, n. 2049 [...]

[...]

IL CASO ENGLARO

Diritti della persona - Diritto alla salute ed all'autodeterminazione - Possibilità di rifiutare le cure indispensabili a tenerlo in vita - Soggetto incapace - Richiesta di sospensione del trattamento da parte del tutore - Ammissibilità - Bilanciamento tra diritto alla dignità della persona e alla vita - Prevalenza del primo in concreto - Fattori - Conseguenze - Accoglimento della richiesta . (Cpc, articoli 80 e 732)

Poiché la possibilità di considerare legittima una richiesta del tutore volta all'interruzione del trattamento di sostegno vitale non può essere esclusa nei casi in cui sia di fatto impossibile ricostruire una volontà presunta dell'incapace orientata al rifiuto del trattamento, va autorizzata l'interruzione del trattamento di sostegno vitale artificiale ove, tenuto conto delle risultanze di specie, sulla generale necessità di tutela della vita biologica in sé e per sé considerata sia ragionevole ritenere prevalenti, in concreto, gli opposti fattori, quali la valutazione della straordinaria durata dello «stato vegetativo permanente» (e quindi irreversibile) del malato, la tensione del suo carattere verso la libertà, nonché l'inconciliabilità della sua concezione sulla dignità della vita con la perdita totale ed irrecuperabile delle proprie facoltà motorie e psichiche e con la

sopravvivenza solo biologica del suo corpo in uno stato di assoluta soggezione all'altrui volere.
(A.Nat.)

Corte d'Appello di Milano, Sez. civile, decreto 9 luglio 2008 [...]

[...] **L'operatività della scriminante dell'art. 51 c.p.** Conclusivamente, dunque, quand'anche nel comportamento attivo sanitario immediatamente «letale» siano ravvisabili tutti gli elementi costitutivi del reato di cui all'art. 579 c.p., l'agente ben può invocare la sussistenza della scriminante di cui all'art. 51 c.p. Il contesto entro il quale si consuma la condotta medica può senz'altro essere quello presupposto dal Costituente per il legittimo esercizio del diritto all'autodeterminazione della persona attraverso la richiesta di interruzione del trattamento sanitario. E ciò non equivale a dare ingresso nel nostro ordinamento all'«eutanasia»: quella che viene in rilievo sembra costituire, al più, un caso di eutanasia consensuale passiva, cioè quella pratica lecita ed anzi doverosa che si attua astenendosi dal, o smettendo di, posticipare la morte di chi rifiuta le cure che lo manterrebbero in vita; tutt'altra cosa, dunque, rispetto all'eutanasia consensuale attiva, che si ha quando la vita del paziente è abbreviata dal gesto di altra persona (40), la quale, pertanto è sempre punibile. [...]

(25) Sul problema della rappresentanza legale di chi non è più in grado di decidere cfr. CASSANO, Eutanasia indiretta: chi può chiedere di staccare la spina, in *Diritto e giustizia*, quotidiano on line del 24 maggio 2005.

(26) Per un'analogia richiesta di archiviazione fondata sul «diritto di essere lasciato morire», vedi di recente Procura della Repubblica di Sassari, richiesta di archiviazione del 23 gennaio 2008, in *Diritto e giustizia*, quotidiano on line del 25 gennaio 2008.

(27) Trib. civile di Roma, Sez. I, ordinanza 15 dicembre 2006, Welby c. Antea Associazione Onlus e G.C., in Guida al diritto, 2007, n. 1, pag. 32, con nota di SALERNO, Un rinvio della questione alla Consulta poteva essere la soluzione appropriata; in *Responsabilità civile e previdenza*, 2007, pag. 78, con nota di ALPA, Il danno da accanimento terapeutico.

(28) Trib. pen. di Roma, Ufficio Gup, 23 luglio 2007, n. 2049, in *Diritto e giustizia*, quotidiano on line del 20 ottobre 2007.

(29) Come insegna la giurisprudenza costituzionale che più volte ha negato la fondatezza delle questioni di legittimità sollevate nel caso specifico, dovendo il giudice a quo, tra più interpretazioni possibili del dato normativo, privilegiare sempre quella conforme alla Carta fondamentale: vedi ad esempio Corte cost., sentenza 6 luglio 2001, n. 224; Corte cost., ordinanza 4 luglio 2002, n. 315.

(30) Soluzione propugnata da SALERNO, op. cit., pag. 50 che, criticando l'esito rassegnato dal Tribunale civile di Roma nel ricorso ex art. 700 c.p.c., ha sostenuto: «Probabilmente, se si fosse adottata una diversa lettura delle disposizioni vigenti, si sarebbe potuto attribuire maggiore rilievo alla forza assiologicamente espansiva e cogente dei precetti della Costituzione, e dunque interpretare la normativa vigente nel senso conforme al dettato costituzionale».

(31) ROXIN, Sul consenso presumibile, in *Antigiuridicità e cause di giustificazione*, Napoli, 1996, pag. 154.

(32) La Corte Costituzionale ha ripetutamente chiarito come il diritto al rifiuto di trattamenti terapeutici sia un diritto inviolabile della persona, immediatamente precettivo ed efficace nell'ambito del nostro ordinamento, non limitato dalla previsione dell'art. 5 c.c., e soprattutto rientrante «tra i valori supremi» che l'ordinamento giuridico tutela a favore dell'individuo, non diversamente dal diritto alla vita con il quale concorre «a costituire la matrice prima di ogni altro diritto» della persona. Cfr. sentenza n. 45/65 ove ha affermato che «i principi fondamentali di libertà» debbono «essere immediatamente immessi nell'ordinamento giuridico con efficacia erga omnes»; sentenza n. 161/85, ove ha ritenuto consentito l'intervento chirurgico di disposizione del proprio corpo, se effettuato in conformità al diritto alla salute, prevalendo l'art. 32 Cost. sul divieto di cui all'art. 5 c.c.; sentenza n. 471/90, ove ha riconosciuto esplicitamente la possibilità di disporre del proprio corpo, quale necessario postulato «della libertà personale inviolabile» ex art. 13 Cost.; sentenza n. 238/96, ove ha escluso categoricamente che una persona possa essere costretta a subire un intervento sanitario non voluto, in assenza di una norma che esplicitamente lo imponga.

(33) La Cassazione, sia in sede civile che penale, ha elaborato nel corso degli anni una giurisprudenza di apertura alle predette problematiche, riconoscendo, ad esempio, «che in una società ispirata al rispetto ed alla tutela della persona umana, portatrice di un patrimonio culturale e spirituale prezioso per l'intera collettività, non possa non darsi assoluta prevalenza al valore sociale dell'individuo», dovendo essere posti al centro della tutela giuridica i suoi diritti fondamentali, tra cui anche quello promanante dall'art. 32, comma 2, Cost., in ragione del quale va predicata l'assoluta «rilevanza della volontà del paziente quando si manifesti in forma inequivocabilmente negativa e si concreti in un rifiuto del trattamento terapeutico prospettatogli»; ne consegue che, in questo caso, il medico «in presenza di una determinazione autentica e

genuina non può che fermarsi, ancorché l'omissione dell'intervento terapeutico possa cagionare il pericolo di un aggravamento dello stato di salute dell'infermo e, persino, la sua morte... giacché per il medico, di fronte ad un comportamento nel quale si manifesta l'esercizio di un vero e proprio diritto, la sua astensione da qualsiasi iniziativa di segno contrario diviene doverosa, potendo diversamente configurarsi a suo carico persino gli estremi di reato» (così Cass. pen., 29 maggio 2002, Pg in proc. Volterrani, n. 26446, in CED rv. 222581; conformi: Cass. pen., 9 marzo 2001, n. 28132, Barese, in Rivista penale, 2001, pag. 806). Più di recente, le Sezioni Civili della stessa Corte regolatrice (Cass. civ., 19 maggio 2004, Verzé, n. 14638) hanno affermato il primato assoluto della volontà del paziente non solo in caso di **44**

rifiuto o di interruzione della terapia come avvenuto nella fattispecie in esame ma anche per qualsiasi intervento sanitario del medico, argomentando che, indipendentemente dalla mancata esecuzione in Italia delle disposizioni della Convenzione di Oviedo per incompletezza della relativa procedura di ratifica, tale principio discende inequivocabilmente dall'art. 32, comma 2, Cost. (conformi: Cass. civ., 25 novembre 1994, n. 10014, Sforza c. Milesi Olgiati, in La nuova giurisprudenza civile commentata, 1995, pag. 937, con nota di FERRANDO, Chirurgia estetica, «consenso informato» del paziente e responsabilità del medico; Cass. civ., 24 settembre 1997, n. 9374, Università degli studi di Genova c. Siciliano ed altri, in Responsabilità civile e previdenza, 1998, pag. 78, con nota di MARTORANA, Brevi osservazioni su responsabilità professionale ed obbligo di informazione; in Rivista italiana di medicina legale, 1998, pag. 821, con nota di INTRONA, Consenso informato e rifiuto ragionato. L'informazione deve essere dettagliata o sommaria?; Cass. civ., 15 gennaio 1997, n. 364, Scarpetta c. Ospedale Umberto I Ancona, in Foro italiano, 1997, I, c. 771, con nota di PALMIERI, Relazione medico-paziente tra consenso «globale» e responsabilità del professionista; in La nuova giurisprudenza civile commentata, 1997, pag. 374, con nota di MARTORANA, Considerazioni su informazione del paziente e responsabilità medica; in Guida al Diritto, 1997, n. 5, pag. 63, con nota di UMANI RONCHI, Il consenso all'operazione deve essere esplicito e non filtrato dalla mediazione dei familiari; in Giurisprudenza italiana, 1998, pag. 37, con nota di CAGGIA, In tema di responsabilità del medico; Cass. civ., 16 maggio 2000, n. 6318, Valli c. Tozzi, in Rivista italiana di medicina legale, 2000, pag. 1301, con nota di LA MONACA/FIORI, L'informazione del paziente ai fini del consenso: senza più limiti; in Responsabilità civile e previdenza, 2000, pag. 940, con nota di GORGONI, L'incidenza delle disfunzioni della struttura ospedaliera sulla responsabilità «sanitaria».

(34) Così SALERNO, op. cit., pag. 48. Sulla dignità umana quale elemento essenziale ed indefettibile del nostro ordinamento, vedi SALERNO, Ragioni di Stato e dignità dell'uomo, in GIANELLI/PATERNÒ (a cura di), Tortura di Stato. Le ferite della democrazia, Roma, 2004, pag. 181.

(35) Sul punto vedi VALLINI, Il valore del rifiuto di cure «non confermabile» nel paziente alla luce della convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina, in Diritto pubblico, 2003, pag. 185.

(36) Pertanto non potranno esercitare tale diritto per conto del malato il rappresentante legale del minore o dell'infermo di mente, in quanto egli ha titolo solo per effettuare interventi a favore e non in pregiudizio della vita del rappresentato, né hanno giuridicamente potere di rappresentanza in materia i familiari dell'interessato.

(37) Come invece ipotizzato, nel noto «caso Englaro» dalla Suprema Corte (Cass. civ., 4 ottobre 2007, n. 21748, in Guida al Diritto, 2007, n. 43, pag. 29, con nota di SALERNO, L'apertura al testamento biologico non cancella i problemi applicativi): «(...) la ricerca della presunta volontà della persona in stato di incoscienza - ricostruita alla stregua di chiari, univoci e convincenti elementi di prova, non solo alla luce dei precedenti desideri e dichiarazioni dell'interessato, ma anche sulla base dello stile e del carattere della sua vita, del suo senso di integrità e dei suoi interessi critici e di esperienza assicura che la scelta in questione non sia espressione del giudizio sulla qualità di vita proprio del rappresentante, ancorché appartenente alla stessa cerchia familiare del rappresentato (...)».

(38) Per l'esclusione del valore terapeutico dell'atto, quando la sua esecuzione non esige competenze o delibazioni sanitarie, come tale eseguibile da non sanitari solo sulla base della richiesta libera e responsabile del malato, ROXIN, Strafrecht, AT, Bd. II, Beck, 2003, § 31/123, pag. 666, nel paragrafo specificamente dedicato all'interruzione tecnica del trattamento sanitario quale esempio secondo l'A. di condotta omissiva mediante azione.

(39) In proposito vedi DONINI, op. cit., pagg. 910-911, che si interroga sulla scriminante medica e sulla sua estensibilità al fatto del parente, facendo notare che il distacco di un respiratore può essere attuato anche solo disinserendo a monte il tubo dell'aria, dalla macchina (nota 12).

(40) Ad esempio, un'iniezione letale, tipica ipotesi di omicidio del consenziente: così VILLANI, Lasciar morire, lasciarsi morire: delitto del medico o diritto del malato?, cit., pag. 541.