

# Eutanasia e malattia depressiva: riflessioni giuridiche sul caso Siska De Ruyscher

3 Aprile 2026

di **Pierluigi Mascaro**

*Università Mercatorum*

Il tema dell'eutanasia per motivi di sofferenza psichica rappresenta oggi uno dei nodi più complessi del diritto contemporaneo, poiché pone in tensione i principi costituzionali di libertà individuale e di tutela della vita, il ruolo dello Stato nella protezione della salute mentale e i confini dell'autodeterminazione. Il caso della giovane belga **Siska De Ruyscher**, che in Belgio, il 3 novembre 2025, ha ottenuto e praticato l'eutanasia a 26 anni a causa di una grave e resistente depressione, costituisce un punto di svolta per la riflessione giuridica europea sul fine vita.

La questione si inserisce nel più ampio dibattito sulla natura dei diritti fondamentali coinvolti nel fine vita: da un lato il diritto alla vita come bene primario e fondativo dell'ordinamento (C. Casonato, *Biolaw Journal*, 2022), dall'altro l'autodeterminazione quale espressione della dignità della persona (S. Rodotà, *La vita e le regole*, 2006). Quando la richiesta di morte è fondata su una patologia psichiatrica, l'equilibrio tra questi poli diventa ancora più fragile, perché la malattia può incidere proprio sulla capacità di autodeterminarsi (F. Giunta, "Autodeterminazione e vulnerabilità", in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2020).

## 1. Il quadro normativo belga

Il Belgio è stato, dopo i Paesi Bassi, uno dei primi Paesi europei a legalizzare l'eutanasia, con la **legge del 28 maggio 2002**.

Essa consente la pratica per le persone che si trovino in una "condizione medica senza prospettiva di miglioramento", caratterizzata da "sofferenza fisica o psichica costante e insopportabile che non può essere alleviata, risultante da una malattia grave e incurabile", che sia patologicamente accertata.

La dottrina ha osservato come la formulazione volutamente ampia della legge belga rifletta una concezione fortemente personalistica della dignità, intesa come diritto soggettivo a definire il limite della propria sopportazione (J. Griffiths - H. Weyers - M. Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, 2008). Tuttavia, proprio l'inclusione della sofferenza psichica ha sollevato interrogativi sulla verificabilità dell'"incurabilità" in ambito psichiatrico, alla luce dell'obbligatorio previo accertamento della capacità e della consapevolezza necessarie per il soggetto ad autodeterminarsi: questo aspetto esiste, ma è importante ricordare gli elementi appena richiamati, necessari per autodeterminazione del soggetto medesimo. (T. Lemmens, "Psychiatric Euthanasia and the Limits of Consent", in *Med. Law Rev.*, 2017). Quando la malattia è di natura psichica, la legge impone un percorso più articolato: il parere di almeno due medici indipendenti, di cui uno specialista in psichiatria, e un periodo di riflessione di almeno un mese tra la richiesta e la messa in atto della procedura medesima (L. Nys, "Euthanasia in Belgium", in *European Journal of Health Law*, 2016). Dopo l'eutanasia, la Commissione federale di controllo e valutazione verifica la legittimità dell'atto.

Sebbene formalmente chiaro, il sistema belga ha mostrato limiti di applicazione e margini di ambiguità, soprattutto nella valutazione della **irreversibilità** della sofferenza mentale e nella **capacità decisionale** del richiedente. Proprio in questo spazio di incertezza si colloca il caso di Siska De Ruyscher.

## 2. Il caso Siska De Ruyscher: fatti e questioni giuridiche

Siska De Ruyscher soffriva sin dall'adolescenza di una forma grave di depressione cronica, associata a disturbo dell'attaccamento e a stress post-traumatico. Dopo anni di ricoveri, terapie farmacologiche e percorsi psicoterapeutici falliti, aveva espresso più volte il desiderio di morire, formalizzando infine la richiesta di eutanasia nel 2023.

Dopo la valutazione di diversi psichiatri e medici curanti, e dopo aver superato il periodo di riflessione previsto

dalla legge, la procedura è stata autorizzata ed attuata nel 2024.

La giovane aveva denunciato pubblicamente le carenze del sistema sanitario belga nella presa in carico dei disturbi mentali, sottolineando come le cure ricevute fossero insufficienti e frammentarie. La sua vicenda ha assunto un rilievo mediatico e giuridico significativo, perché ha posto in questione non solo la legittimità dell'eutanasia per motivi legati ad una malattia di natura mentale, ma anche la qualità delle cure precedenti, la valutazione della capacità mentale e la coerenza dell'applicazione della legge.

Dal punto di vista strettamente giuridico, il caso di Siska mette in luce **tre nodi fondamentali**:

a. **La qualificazione della malattia psichica come “inguaribile”.**

Nella maggior parte dei disturbi mentali, inclusa la depressione maggiore, non esiste un criterio oggettivo di valutazione dell'irreversibilità: la valutazione è sempre probabilistica e basata sulla risposta alle terapie. In assenza di marcatori clinici definitivi, la decisione giuridica sull'idoneità della richiesta si fonda sul giudizio medico, che diventa quindi determinante ma anche fallibile ( H. A. Sackeim, “The definition and meaning of treatment-resistant depression”, in *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001; C. M. McIntyre et al., “Treatment-resistant depression: definitions, review of the evidence, and algorithmic approach”, in *Journal of Affective Disorders*, 2014).

b. **La capacità di autodeterminazione del soggetto depresso.**

La depressione può compromettere la volontà e la percezione del valore della vita. Stabilire se la richiesta di morte sia frutto di una libera determinazione o sintomo della malattia stessa è il punto più controverso. Il diritto belga, in questo senso, demanda la valutazione al medico psichiatra, ma non prevede strumenti procedurali ulteriori, come un controllo giurisdizionale o la revisione preventiva da parte di un organo terzo ( P. S. Appelbaum, “Assessment of patients' competence to consent to treatment”, in *New England Journal of Medicine*, 2007; G. Owen et al., “Mental capacity and decision-making in psychiatric practice”, in *British Journal of Psychiatry*, 2013).

c. **Il controllo successivo e la responsabilità medica.**

L'atto di eutanasia deve essere notificato alla Commissione federale di controllo, che può sanzionare eventuali violazioni. Tuttavia, esperienze precedenti (come il caso “Mortier v. Belgio”, deciso dalla Corte europea dei diritti dell'uomo nel 2022) hanno evidenziato carenze nell'indipendenza di tale organo, poiché vi siedono anche medici che possono aver autorizzato procedure di eutanasia. Il rischio di autoreferenzialità resta dunque alto (D. Paris, “Il controllo dell'eutanasia tra legalità e legittimità”, in *BioLaw Journal*, 2021; K. Raus, B. Vanderhaegen, S. Sterckx, “Euthanasia in Belgium: Shortcomings of the Law and Its Application and of the Monitoring of Practice”, in *Journal of Medicine and Philosophy*, 2021). Il diritto si confronta così con un modello di controllo che, pur formalmente strutturato, solleva interrogativi sulla sua effettiva capacità di garantire trasparenza, imparzialità e tutela sostanziale del diritto alla vita. La nozione di “sofferenza insopportabile” è inevitabilmente soggettiva, ma il diritto richiede oggettivazione, generando tensioni tra valutazioni cliniche individuali e criteri giuridici oggettivi (P. Zatti, “La dignità come criterio giuridico”, in *Riv. crit. dir. priv.*, 2017).

### **3. Il confronto con la giurisprudenza europea**

Dal punto di vista del diritto europeo dei diritti umani, l'eutanasia si colloca nel margine di apprezzamento degli Stati membri. L'articolo 2 della **Convenzione europea dei diritti dell'uomo** (“diritto alla vita”) impone agli Stati un obbligo di tutela, ma la giurisprudenza della Corte di Strasburgo riconosce un certo spazio di discrezionalità nella regolazione del fine vita, purché vi siano garanzie sufficienti contro gli abusi.

Nel caso “**Mortier v. Belgio**” (**CEDU, 2022**), relativo all'eutanasia di una donna affetta da depressione cronica, la Corte ha ritenuto che la normativa belga nel suo complesso non violasse l'art. 2, ma ha censurato il sistema di controllo ex post per mancanza di indipendenza.

Il caso di Siska De Ruyscher, pur non ancora oggetto di un ricorso, si inserisce nella stessa linea di rischio: quello di un sistema che, pur legale, potrebbe non garantire in modo pienamente effettivo la protezione della vita e l'autenticità della volontà individuale.

#### 4. Implicazioni per il diritto italiano: tra autodeterminazione e limiti costituzionali

Nel sistema italiano, un caso come quello di Siska De Ruyscher si collocherebbe oggi fuori dall'area di liceità delineata dalla giurisprudenza costituzionale. L'eutanasia attiva consiste nella condotta con cui un soggetto terzo – generalmente il medico – provoca direttamente la morte del paziente mediante la somministrazione di un farmaco letale, su richiesta di quest'ultimo. Tale fattispecie si distingue sia dall'interruzione o rifiuto di trattamenti sanitari (c.d. eutanasia passiva), sia dal suicidio medicalmente assistito, in cui è il paziente stesso a compiere l'atto finale, pur con l'ausilio di terzi, e resta penalmente sanzionata dall'art. 579 c.p. (omicidio del consenziente), mentre l'aiuto al suicidio è punito dall'art. 580 c.p.; tuttavia, la **Corte costituzionale**, con la sentenza n. 242/2019, ha inciso profondamente su quest'ultima disposizione, introducendo un'area di non punibilità in presenza di condizioni rigorosamente circoscritte.

Con la sentenza n. 242/2019 (caso *Cappato - DJ Fabo*), la Corte ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. nella parte in cui non esclude la punibilità di chi agevola il suicidio di una persona che sia: affetta da una patologia irreversibile; fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che la persona reputa intollerabili; tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale; e pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (Corte cost., sent. n. 242/2019). La Consulta ha fondato la propria decisione sugli artt. 2, 13 e 32 Cost., valorizzando il principio personalista e quello di eguaglianza e ragionevolezza, già affermato nella giurisprudenza sul consenso informato e sul rifiuto delle cure (Corte cost., sent. n. 438/2008; sent. n. 253/2009). In seguito al caso *Fabo-Cappato*, sono intervenute le sentenze della Corte costituzionale nn. 135/2024 e 66/2025, che hanno confermato che la nozione di sostegno vitale costituisce l'archittrave dell'area di non punibilità, in quanto identifica situazioni cliniche oggettivamente delimitabili e soggette a protocolli terapeutici, garantendo al contempo la verifica della capacità decisionale del paziente. È pertanto evidente che tale concetto non può essere riferito a casi di depressione cronica, anche grave e resistente alle cure, perché in tali circostanze manca il nesso diretto con un trattamento medico essenziale alla sopravvivenza e verificabile attraverso parametri clinici standardizzati (Corte cost., nn. 135/2024 e 66/2025; M. D'Amico, "Fine vita e ruolo della Corte costituzionale", in *Quaderni costituzionali*, 2020). In altre parole, la depressione cronica, pur comportando sofferenza intensa e prolungata, non rientra nell'ambito delle situazioni di sostegno vitale tutelate dalla giurisprudenza costituzionale.

Tuttavia, proprio l'architettura argomentativa della sentenza n. 242/2019 mostra quanto il caso di una depressione grave e resistente, come quello di Siska, porrebbe problemi ulteriori. Il requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale – che la Corte ha mantenuto come elemento delimitativo dell'area di non punibilità – restringe fortemente l'ambito applicativo, escludendo di fatto le patologie psichiatriche non accompagnate da supporti vitali. La ratio di tale requisito è stata letta (C. Tripodina, *Il diritto nel fine vita*, 2019; M. D'Amico, "Fine vita e ruolo della Corte costituzionale", in *Quaderni costituzionali*, 2020) come un presidio a tutela della vita in situazioni di vulnerabilità non "oggettivamente" connotate da una condizione di fine vita, e come una scelta prudenziale volta a evitare un'estensione incontrollata della non punibilità.

In questo senso, il diritto italiano appare strutturalmente più restrittivo rispetto al modello belga. Ma la questione non è soltanto quantitativa (maggiore o minore ampiezza dell'area consentita), bensì qualitativa: la Corte costituzionale ha costruito la propria decisione attorno al nesso tra autodeterminazione e trattamento sanitario. La sofferenza rileva giuridicamente, nel ragionamento della Corte, solo quando si manifesta all'interno di un percorso sanitario, cioè in relazione a trattamenti medici dai quali il paziente può legittimamente scegliere di sottrarsi o che può decidere di interrompere. In una depressione grave, invece, la sofferenza non è necessariamente collegata a un presidio medico salvavita che il paziente possa rifiutare; è piuttosto una condizione esistenziale e clinica che incide sulla percezione stessa del valore della vita, come chiarito anche dalla Corte nella pronuncia n. 242/2019.

Qui emerge una prima tensione costituzionale. Se l'autodeterminazione terapeutica trova fondamento nell'art. 32 Cost. – che tutela la salute come diritto fondamentale e vieta trattamenti sanitari obbligatori se non per legge – può essa estendersi fino a ricomprendere una richiesta di morte fondata su una patologia psichica che, per definizione, può incidere sulla capacità di autodeterminazione? La Corte, nella sentenza n. 242/2019, ha insistito sulla necessità che la decisione sia "libera e consapevole", demandando alle strutture del Servizio sanitario nazionale e ai comitati etici la verifica di tale requisito. Ma nel caso di una depressione maggiore, la linea di confine

tra volontà autentica e sintomo della malattia si fa estremamente sottile.

Un ulteriore profilo problematico riguarda il principio di tutela della vita, che la giurisprudenza costituzionale ha sempre riconosciuto come valore primario, pur non assoluto (Corte cost., sent. n. 35/1997; sent. n. 242/2019). La Corte ha escluso che dall'art. 2 Cost. possa derivare un "dovere di vivere" in ogni circostanza, ma ha al contempo ribadito che lo Stato mantiene un obbligo di protezione delle persone vulnerabili. Nel caso delle malattie psichiatriche, la vulnerabilità non è solo fisica, ma cognitiva ed emotiva: si potrebbe dunque sostenere che l'estensione della non punibilità all'aiuto al suicidio per depressione rischierebbe di entrare in frizione con tale obbligo di protezione.

La sentenza n. 242/2019 è stata interpretata dalla dottrina come **autoapplicativa**, nel senso che ha creato un'area di non punibilità immediatamente operativa per l'aiuto al suicidio in determinate condizioni, senza necessità di un intervento legislativo ulteriore (Corte cost., 242/2019; F. Mantovani, *Diritto penale e fine vita*, 2020). Tuttavia, l'esperienza giurisprudenziale successiva, e in particolare la sentenza n. 135/2025, che ha riconosciuto il diritto all'accompagnamento e al supporto delle persone in situazioni di grave sofferenza esistenziale, pone a confronto due approcci differenti: mentre la 242/2019 si concentra sulla regolamentazione dell'atto finale del suicidio assistito, la 135/2025 amplia l'orizzonte costituzionale includendo misure di tutela e sostegno che valorizzano la dignità e la libertà della persona anche prima di un'eventuale scelta di fine vita. Questo confronto mette in luce la necessità di una lettura sistematica e coordinata delle due pronunce, considerando che la prima disciplina direttamente la liceità dell'aiuto al suicidio, mentre la seconda ribadisce il dovere dello Stato di garantire percorsi di accompagnamento e cure palliative, contribuendo a evitare che l'atto estremo diventi l'unica risposta alla sofferenza (G. D'Agostino, *Fine vita e diritto all'accompagnamento*, 2025).

Il confronto con il caso Siska De Ruyscher evidenzia dunque un nodo teorico cruciale: se si ammettesse che anche la depressione grave e refrattaria possa integrare una "patologia irreversibile" fonte di sofferenza intollerabile, si dovrebbe riconsiderare il requisito del trattamento di sostegno vitale o, quantomeno, la sua funzione delimitativa. Ma una simile scelta implicherebbe una revisione profonda dell'equilibrio costituzionale tra libertà individuale e tutela della vita, con possibili ricadute sistemiche.

In definitiva, il diritto italiano, così come oggi interpretato dalla Corte costituzionale, non consentirebbe un esito analogo a quello belga nel caso Siska. Tuttavia, proprio la coerenza interna della giurisprudenza costituzionale – fondata sull'autodeterminazione, sul rifiuto delle cure e sulla dignità della persona, sulla base dei principi di eguaglianza e ragionevolezza, – potrebbe essere invocata, in futuro, per sostenere un'estensione dei presupposti di non punibilità. La questione resta aperta e profondamente problematica: ogni ampliamento dovrebbe confrontarsi non solo con l'art. 32 Cost., ma anche con l'art. 2 Cost. (diritti inviolabili e doveri di solidarietà) e con il principio di eguaglianza sostanziale di cui all'art. 3 Cost., che impone allo Stato di rimuovere gli ostacoli che limitano la libertà e l'eguaglianza, inclusi quelli derivanti dalla malattia mentale.

Il caso Siska, osservato dal prisma costituzionale italiano, non è dunque solo un fatto di cronaca estera, ma un banco di prova teorico per il nostro ordinamento: fino a che punto l'autodeterminazione può spingersi quando la sofferenza è psichica? E quale ruolo deve assumere lo Stato: garante della libertà di scegliere o custode della vulnerabilità?