

**IL CAMMINO PARLAMENTARE DI RIFORMA  
DELL'AIUTO AL SUICIDIO.  
SPUNTI E PROSPETTIVE DAL CASO CAPPATO,  
FRA CORTE COSTITUZIONALE E RITROSIA LEGISLATIVA (\*)**

Osservazioni sulla [proposta di legge A.C. 2 di iniziativa popolare, recante  
"Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia"](#),  
e sulla [proposta di legge n. 1586, di iniziativa del deputato Cecconi, recante "Modifiche  
alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti sanitari e di eutanasia"](#)

di Cristiano Cupelli

SOMMARIO: 1. Obiettivi. – 2. I testi in esame e le scelte del legislatore: perplessità e suggerimenti. – 3. L'ordinanza n. 207 del 2018: le *linee guida* della Corte costituzionale. – 4. Un raffronto: convergenze, divergenze, lacune. – 5. Gli scenari.

## 1. Obiettivi.

Le due proposte di legge in discussione si inquadrano nell'ambito di una tematica di scottante attualità, resa indifferibile nella sua trattazione dalla ben nota ordinanza n. 207 del 2018 della Corte costituzionale relativa al c.d. caso Cappato. Proprio questo provvedimento rappresenta un imprescindibile punto di riferimento per l'attività parlamentare in corso (visto che i giudici hanno invitato il Parlamento a provvedere entro il 24 settembre 2019) e per le mie riflessioni odierne.

Prima di procedere all'analisi di alcuni specifici profili dei progetti in discussione, occorrerebbe – sul piano metodologico – chiarire l'obiettivo *davvero* perseguito in sede legislativa. L'alternativa oscilla fra raccogliere l'invito dei giudici costituzionali a colmare il ravvisato (ma non ancora dichiarato) *vulnus* costituzionale, limitandosi a recepire i suggerimenti dettati dalla Corte su *tempi, modi e luoghi* dell'intervento – con riferimento quindi alle sole condotte di agevolazione al suicidio in ben determinate circostanze e liceizzare, in senso più ampio, la c.d. *eutanasia attiva*, intesa quale morte pietosa cagionata mediante un'azione positiva, da circoscrivere al solo personale sanitario.

---

(\*) Il contributo costituisce una rielaborazione del testo scritto dell'audizione svolta presso le Commissioni riunite Giustizia – Affari sociali della Camera dei Deputati in data 11 aprile 2019.

Sciogliere questo nodo, è evidente, spetta al decisore politico e la scelta dovrebbe essere ben chiara *a priori*, per orientare l'approccio contenutistico e, dal nostro punto di vista, consentire una valutazione sulla conformità o meno agli scopi perseguiti.

Sempre in via preliminare, va segnalato come il primo progetto di legge ad essere preso in considerazione in questa sede (AC 2, di iniziativa popolare, presentato nella precedente legislatura, il 13 settembre 2013, e mantenuto all'ordine del giorno ai sensi dell'art. 107, co. 4 del Regolamento della Camera) risente, nella sua formulazione e in parte rilevante dei suoi contenuti, del fatto che esso è stato elaborato in una fase antecedente non solo all'ordinanza della Corte costituzionale poc'anzi menzionata, ma anche alla legge n. 219 del 2017, che è intervenuta su alcuni dei punti toccati dal provvedimento in esame (il primo articolo della proposta di legge corrisponde, in larga parte e salvo qualche adattamento terminologico, a quanto previsto proprio dalla legge 219), e alla legge n. 24 del 2017 (in tema di sicurezza delle cure, ove è contemplata una disciplina della responsabilità civile da raccordare necessariamente con quanto si dispone all'articolo 2 del progetto). Diversamente, il progetto di legge n. 1586, presentato lo scorso 11 febbraio dal deputato Cecconi, tiene invece conto sia dell'innovato contesto normativo (su cui peraltro va a incidere), sia dell'ordinanza n. 207 del 2018 (provando a recepirne taluni profili).

Alla luce di ciò, è quest'ultimo che occorrerà allora assumere come testo principale nella discussione odierna, recuperando, se del caso, spunti utili contenuti in talune delle precedenti proposte di legge.

## **2. I testi in esame e le scelte del legislatore: perplessità e suggerimenti.**

In termini generali, va detto che i due progetti di legge oggi in esame sembrano orientati nella direzione di liceizzare i trattamenti eutanasici<sup>1</sup>, seguendo la strada, sul piano tecnico, di limitare l'ambito applicativo delle fattispecie del codice penale che assumono rilievo in casi del genere (con un intervento che però si colloca al di fuori del codice stesso).

Così, l'art. 1 del progetto di legge AC 1586 introduce all'art. 1 della legge n. 219 del 2017 un comma *5-bis*, ai sensi del quale ogni paziente ha la facoltà, in determinate condizioni cliniche, di richiedere il trattamento eutanasico al personale medico in modo da mettere fine alla propria vita<sup>2</sup>. Il successivo art. 2, coerentemente, aggiunge,

---

<sup>1</sup> In una prospettiva non dissimile si inquadra anche il disegno di legge n. 912, d'iniziativa dei senatori Mantero, Angrisani e altri, presentato in Senato il 30 ottobre 2018.

<sup>2</sup> Nel dettaglio, ai sensi dell'art. 1, "il paziente, le cui sofferenze fisiche o psichiche siano insopportabili e irreversibili, o che sia affetto da una patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può in qualsiasi momento richiedere il trattamento eutanasico, che consiste nella somministrazione, da parte di personale medico qualificato, di farmaci aventi lo scopo di provocare la morte immediata del paziente senza dolore o sofferenze" e che "il personale medico e sanitario è tenuto a rispettare la volontà del paziente quando essa a) sia manifestata da un

sempre nella stessa legge, l'art. 2 *bis*, prevedendo che le disposizioni degli articoli 575 (omicidio), 579 (omicidio del consenziente), 580 (istigazione o aiuto al suicidio) e 593 (omissione di soccorso) del codice penale non si applichino al personale sanitario che abbia praticato trattamenti eutanasi, secondo modalità definite<sup>3</sup>. Allo stesso modo, il personale sanitario andrà esente da responsabilità penale ove abbia attuato tecniche di eutanasia, provocando la morte del paziente, nel rispetto delle condizioni previste per le disposizioni anticipate di trattamento eutanasi di cui all'art. 3 della proposta.

In tale direzione, si muove anche l'art. 3 (insieme all'articolo 4 gli unici veri profili innovativi rispetto all'esistente) del progetto di legge AC 2, a tenore del quale *“le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario che hanno praticato trattamenti eutanasi, provocando la morte del paziente”* al ricorrere delle condizioni successivamente indicate, il cui rispetto deve essere attestato per iscritto dal medico e confermato dal responsabile della struttura sanitaria ove sarà praticato l'intervento.

**2.1.** Entrambe le proposte fanno esplicito riferimento al solo personale medico e sanitario (nella più recente ci si riferisce a personale medico *“qualificato”*); manca qualsiasi richiamo al rilievo scriminante di possibili condotte poste in essere da soggetti terzi rispetto al rapporto terapeutico.

Ciò sembra profilare la liceizzazione di quella che potremmo definire *eutanasia attiva propria*, realizzata cioè in via esclusiva da soggetti qualificati dallo svolgimento della professione sanitaria; non appare peraltro del tutto chiaro – una precisazione sul

---

soggetto maggiorenne adeguatamente informato sulle sue prospettive di vita, nonché sulle possibilità terapeutiche ancora attuabili e sui trattamenti palliativi e sulle loro conseguenze; *b*) sia manifestata da un soggetto che non si trova in condizioni, anche temporanee, di incapacità di intendere e di volere; *c*) sia manifestata in modo inequivocabile dall'interessato o, in caso di incapacità sopravvenuta, anche temporanea, dello stesso, da una persona precedentemente nominata, mediante atto scritto con firma autenticata dall'ufficiale di anagrafe del comune di residenza o domicilio dell'interessato, fiduciario per la manifestazione delle volontà di cura”.

<sup>3</sup> Nell'introdotta art. 2-*bis*, rubricato *“Rifiuto espresso di trattamenti sanitari e inapplicabilità di disposizioni del codice penale”*, si prevede che *“le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario che abbiano praticato trattamenti eutanasi, ai sensi dell'articolo 1, comma 5-*bis*, provocando la morte del paziente, qualora ricorrano le seguenti condizioni: a) il paziente sia maggiorenne; b) la richiesta sia attuale e accertata in modo inequivocabile; c) il paziente non si trovi in stato, neppure temporaneo, di incapacità di intendere e di volere, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 4; d) i parenti entro il secondo grado e il coniuge, con il consenso del paziente, siano stati informati della richiesta e, con il consenso del paziente, abbiano avuto modo di colloquiare con lo stesso; e) la richiesta sia motivata dal fatto che il paziente è affetto da una malattia che provoca gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infausta inferiore a diciotto mesi; f) il paziente sia stato congruamente e adeguatamente informato delle sue condizioni e di tutte le possibili alternative terapeutiche nonché dei prevedibili sviluppi clinici e abbia discusso di ciò con il medico; g) il trattamento eutanasi rispetti la dignità del paziente e non provochi allo stesso sofferenze fisiche”*. Con la precisazione, al secondo comma, che *“il rispetto delle condizioni di cui al comma 1 deve essere attestato dal medico per scritto e confermato dal responsabile della struttura sanitaria dove sarà praticato il trattamento eutanasi”*.

punto sarebbe necessaria – se tali condotte eutanasiche debbano necessariamente inquadarsi in un contesto terapeutico *già esistente* ovvero possano riferirsi anche a un rapporto medico-paziente *costruito con l'esclusiva finalizzazione eutanastica* (per la verifica tecnica dei prescritti requisiti).

In assenza di una esatta presa di posizione sulla natura giuridica della non punibilità (causa di esclusione della tipicità, di giustificazione o della punibilità in senso stretto), per quel che concerne la non punibilità di chi cooperi alla realizzazione di tale procedura eutanastica si potrebbero recuperare, perfezionandoli, spunti contenuti in altri disegni di legge (in particolare nel disegno di legge AS n. 912, all'art. 7). Nonostante al medesimo risultato – nel caso di introduzione di una causa di giustificazione, anche di carattere procedurale – potrebbe giungersi applicando l'art. 119 c.p., sarebbe auspicabile integrare le proposte all'attenzione odierna della Camera attraverso una precisa delimitazione dell'ambito applicativo della non punibilità alle sole condotte di agevolazione materiale (come nel caso di chi, ad esempio, reperisca informazioni utili sulla procedura da seguire o accompagni materialmente il paziente nel luogo prescelto per il trattamento), così da escludere spazi di possibile liceità di apporti di carattere psichico che possano incidere sul processo di formazione della volontà del paziente; un'ipotesi potrebbe essere quella di prevedere espressamente la *“non punibilità di coloro che agevolano materialmente il paziente nell'accesso al trattamento eutanastico”*.

**2.2.** Nella proposta n. 1586 vi è, all'art. 1, la definizione del trattamento eutanastico che può essere richiesto dal paziente, consistente nella *“somministrazione, da parte di personale medico qualificato, di farmaci aventi lo scopo di provocare la morte immediata del paziente senza dolore o sofferenze”*<sup>4</sup>. All'art. 2, fra le condizioni cui è subordinata la liceità della condotta del medico e del personale sanitario, si specifica ulteriormente – alla lettera g) – che il trattamento eutanastico deve rispettare la dignità del paziente e non provocare allo stesso sofferenze fisiche.

Nell'altra proposta in discussione (AC 2), invece, manca una definizione di trattamento eutanastico; tale lacuna potrebbe essere giustificata dall'esigenza di rinviare alla competenza del singolo medico chiamato ad effettuare il trattamento che, di volta in volta, avrebbe il compito individuare il *“mezzo tecnico”* più adeguato alle condizioni del singolo paziente. Ciò, tuttavia, comporterebbe gravi inconvenienti non solo sul piano sistematico ma anche sul versante del rispetto dei principi di tassatività e determinatezza; va pertanto condivisa l'opzione volta a introdurre una definizione normativa di trattamento eutanastico.

---

<sup>4</sup> In termini sostanzialmente analoghi, nel già ricordato disegno di legge AS 912 si chiarisce, all'art. 2, che lo stesso trattamento si intende limitato alla somministrazione, da parte del personale medico, di farmaci aventi lo scopo di provocare, con il consenso del paziente, la sua morte immediata e indolore.

**2.3.** Sempre sul piano definitorio, quanto allo *stato patologico* in presenza del quale è possibile richiedere l'accesso a tali trattamenti, deve trattarsi – sulla base della lettera e) dell'art. 3 dell'AC 2 e soprattutto dell'art. 2 del AC 1586 (nell'introdotta art 2 bis, lett. e della legge n. 219) - di una *“malattia che provoca gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infausta inferiore a diciotto mesi”*.

Sembrerebbe che gli ultimi due requisiti in questione (*inguaribilità e prognosi infausta inferiore a diciotto mesi*), e non anche il primo, possano non sussistere congiuntamente, come suggerito dall'impiego della disgiuntiva “o”, aprendo spazi alla rilevanza di patologie croniche ma non letali (a titolo esemplificativo, allo stato delle attuali conoscenze scientifiche, vi rientrerebbe, per la sua inguaribilità, la sclerosi multipla, potendo le gravi sofferenze essere anche psichiche). Il concetto di *gravità delle sofferenze*, che sembra dovere ad ogni modo accompagnare lo stato patologico di chi formula la richiesta, pur non appiattendosi sul solo profilo della mera percezione soggettiva del paziente (in altri disegni di legge si parla di “sofferenze insostenibili”<sup>5</sup>), si espone inoltre all'obiezione di estrema elasticità.

La delimitazione delle condizioni per potere accedere al trattamento eutanasi diviene ancora più sfumata analizzando il disposto dell'art. 1 (nel nuovo comma 5-bis della legge 219), laddove – per l'inserimento della disgiuntiva “o” tra le “sofferenze” del paziente e l'essere affetto da una patologia – sembrerebbe addirittura sufficiente la sussistenza di una patologia, purché con prognosi infausta (senza peraltro che se ne indichi la durata), a prescindere dalle sofferenze fisiche o psichiche (che appaiono dunque ad essa alternative e addirittura autosufficienti).

Appare opportuno chiarire quali siano le condizioni legittimanti il trattamento eutanasi, onde evitare possibili contrasti interpretativi su un punto decisivo, uniformando i presupposti delle due previsioni e richiedendo congiuntamente i requisiti della malattia inguaribile e con prognosi infausta inferiore a 18 mesi e le gravi sofferenze. Si suggerisce a tal fine di modificare l'art. 2-bis lett. e) della legge n. 219 del 2017 (introdotta dall'art. 2 della proposta di legge) e operare all'art. 1 un rinvio alle “condizioni di cui all'art. 2-bis” (della legge n. 219 del 2017).

**2.4.** Ancora, in tutte e due le proposte si contempla la possibilità di rendere dichiarazioni *pro futuro* in merito a trattamenti eutanasi.

In particolare, l'art. 3 dell'AC 1586 interviene integrando la legge n. 219, stavolta con un comma 2-bis introdotto dopo il comma 2 dell'art. 4; in base ad esso, ogni persona ha la facoltà di redigere un atto scritto, con firma autenticata, con il quale chiede l'applicazione dell'eutanasi nell'ipotesi in cui egli successivamente venga a trovarsi nell'incapacità di intendere e di volere, nominando un fiduciario<sup>6</sup>. Suscita

---

<sup>5</sup> V. ancora disegno di legge, AS n. 912, cit., art. 7, comma 1, lettera d).

<sup>6</sup> Sulla base dell'art. 3 del progetto di legge n. 1586, “dopo il comma 2 dell'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, è inserito il seguente: “2-bis. Ogni persona può compilare un atto scritto, con firma autenticata dall'ufficiale di anagrafe del comune di residenza o domicilio, con il quale chiede l'applicazione dell'eutanasi qualora essa successivamente venga a trovarsi nelle condizioni previste dall'articolo 3 e sia incapace di intendere e di volere o di manifestare la propria volontà,

perplessità il riferimento contenuto della lettera c) dell'art. 5-bis della legge 219 (articolo 1, AC 1586) alle *condizioni di incapacità sopravvenuta anche temporanea*, al cospetto del successivo recupero della capacità di autodeterminarsi autonomamente del titolare della scelta di fine vita<sup>7</sup>.

2.5. Con riferimento poi al contesto nel quale può essere realizzato il trattamento eutanasi, mentre nel progetto di legge AC 2 si fa un generico (e incidentale) riferimento, alla lettera g) dell'art. 3, alla *“struttura sanitaria ove sarà praticato il trattamento eutanasi”*, nella successiva proposta AC 1586, all'art. 4 (che inserisce l'art. 5-bis nella legge n. 219 del 2017), si dispone che il trattamento eutanasi sia effettuato presso strutture pubbliche nel rispetto della dignità del paziente e dei suoi familiari.

Con lo stesso articolo si prevede che il Ministro della Salute, previa intesa con le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto stabilisca le modalità necessarie a garantire la corretta attuazione della legge in maniera uniforme in tutto il territorio nazionale e in particolare: *a)* le modalità e i tempi del sostegno psicologico e sociale da prestare sia al paziente che ai suoi familiari; *b)* le procedure di attuazione dell'eutanasi, compresi i farmaci utilizzabili; *c)* i requisiti strutturali minimi delle strutture sanitarie pubbliche idonee a praticare l'eutanasi; *d)* le modalità di accertamento delle condizioni prescritte per richiedere l'eutanasi.

2.6. Sul versante della responsabilità del medico, infine, va segnalato come mentre il progetto di legge n. 1586 – alla stregua di quanto previsto nella legge n. 219 del 2017 – non prevede espressamente conseguenze sfavorevoli per il medico inadempiente alla richiesta eutanasi del paziente, l'art. 2 della proposta di legge AC 2 stabilisce invece che *“il personale medico e sanitario che non rispetta la volontà manifestata dai soggetti e nei modi indicati nell'articolo 1 è tenuto, in aggiunta a ogni altra conseguenza penale o civile ravvisabile nei fatti, al risarcimento del danno, morale e materiale, provocato dal suo comportamento”*.

---

nominando contemporaneamente, nel modo indicato dall'articolo 1, un fiduciario, perché confermi la richiesta, ricorrendone le condizioni. La richiesta di applicazione dell'eutanasi deve essere chiara e inequivoca e non può essere soggetta a condizioni. Essa deve essere accompagnata, a pena di inammissibilità, da un'autodichiarazione, con la quale il richiedente attesta di essersi adeguatamente documentato in ordine ai profili sanitari, etici e umani ad essa relativi. La conferma della richiesta da parte del fiduciario deve, altresì, essere chiara e inequivoca, nonché espressa per scritto. Ove le condizioni previste dal presente comma, unitamente a quelle stabilite dal comma 5-bis dell'articolo 1, siano rispettate, non si applicano al medico e al personale sanitario che hanno attuato tecniche di eutanasi, provocando la morte del paziente, le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale”.

<sup>7</sup> L'art. 4 della proposta AC 2 consente di rendere dichiarazioni anticipate di trattamento in riferimento a pratiche di eutanasi, qualora il paziente dovesse trovarsi nelle condizioni descritte in precedenza (malattia produttiva di gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infausta inferiore a diciotto mesi) e sia incapace di intendere o di volere ovvero di manifestare la propria volontà, nominando al tempo stesso un fiduciario che, al ricorrere delle condizioni, confermi la richiesta.

In relazione poi alla non punibilità del medico che rispetti la volontà del paziente, oggi la legge n. 219 del 2017, all'art. 1 co. 6, precisa che questi “è esente da responsabilità civile o penale” allorché assecondi la richiesta di non iniziare o sospendere un trattamento sanitario anche salvavita (dunque sino al punto di lasciarsi morire). Come visto, invece, nelle ipotesi contemplate nei progetti in discussione si esclude l'applicabilità di alcune specifiche fattispecie del c.p. nei casi di trattamenti eutanasi, senza nulla dire in merito alla responsabilità civile. In una auspicabile prospettiva di coordinamento sistematico, sarebbe allora preferibile evitare di richiamare i singoli reati e, privilegiando di contro una formula più generica e omnicomprensiva, dilatare lo spazio applicativo della esenzione dalla responsabilità di cui all'articolo 1, comma 6 della legge n. 219 anche al medico che cooperi – alle condizioni prescritte – al processo eutanasi.

### **3. L'ordinanza n. 207 del 2018: le linee guida della Corte costituzionale.**

Delineato lo scenario *de iure condendo*, occorre ora tornare all'ordinanza n. 207 della Corte costituzionale, per riepilogarne sinteticamente il contenuto e soprattutto schematizzare le indicazioni rivolte al Parlamento.

L'elemento centrale della pronuncia – con la quale i giudici costituzionali hanno rinviato all'udienza pubblica del 24 settembre 2019 la trattazione delle questioni di legittimità costituzionale sollevate dalla Corte d'Assise di Milano al fine di consentire al legislatore di disciplinare *medio tempore* la materia dell'aiuto al suicidio, colmando il prospettato (ma non ancora dichiarato) *vulnus* costituzionale – è indubbiamente rappresentato dall'equilibrato bilanciamento compiuto dalla Corte.

Questa, *da un lato*, ha valutato positivamente, in astratto, l'art. 580 c.p. in termini di meritevolezza del bene tutelato, ribadendo in generale la non incompatibilità dell'incriminazione dell'aiuto al suicidio con la Costituzione e con le norme convenzionali; *dall'altro*, ne ha giudicato negativamente la concreta applicabilità in talune situazioni, selezionando, mediante un chirurgico ritaglio del *petitum*, una *precisa area di non conformità costituzionale* della fattispecie, coincidente con la peculiare condizione della persona affetta da malattia incurabile e produttiva di gravi sofferenze, la quale, ancora pienamente capace, completamente informata e libera di scegliere, non può darsi legittimamente la morte (trovandosi nell'impossibilità di farlo autonomamente), se non attraverso la richiesta di interruzione dei trattamenti sanitari necessari alla sua sopravvivenza (con eventuale somministrazione di sedazione profonda); modalità questa che non reputa tuttavia conforme alla propria visione della dignità nel morire.

Perimetrata l'area d'incostituzionalità, la soluzione più immediata – la dichiaratoria di illegittimità dell'art. 580 c.p. *in parte qua* (laddove cioè l'aiuto venga prestato nei confronti di soggetti che versino nelle condizioni appena descritte) – è stata scartata dalla Corte per l'avvertita necessità di farsi carico del vuoto legislativo che ne scaturirebbe e degli abusi che potrebbero derivarne a carico dei soggetti più fragili. È stata altresì abbandonata la più tradizionale strada alternativa, vale a dire la

declaratoria di inammissibilità della questione, accompagnata da un monito al legislatore affinché rimuova il ravvisato *vulnus* adottando la necessaria disciplina legislativa. La ragione, in questo caso, risiede nel voler evitare l'effetto che ne sarebbe conseguito: "lasciare in vita – e dunque esposta a ulteriori applicazioni, per un periodo di tempo non preventivabile – la normativa non conforme a Costituzione" (sino al momento in cui, cioè, non venga sollevata una nuova questione di legittimità costituzionale), e quindi la condanna di Marco Cappato.

3.1. L'originale scelta compiuta sul piano processuale – un'articolata ordinanza di rinvio, con contestuale fissazione della data dell'udienza pubblica nella quale proseguire la trattazione e conseguente *messa in mora* del Parlamento – dimostra notevole sensibilità nei confronti delle esigenze di tutela dei diritti individuali e massima attenzione al rispetto delle prerogative costituzionali e ai rapporti fra poteri dello Stato. La Corte si è fatta carico delle conseguenze di una declaratoria secca di incostituzionalità dell'art. 580 c.p., preoccupandosi di non lasciare esposti soggetti deboli e vulnerabili, in assenza di una regolamentazione normativa, a possibili abusi e strumentalizzazioni di carattere patrimoniale. Si è altresì interessata delle ricadute pratiche che l'adozione della consolidata tecnica decisoria seguita in situazioni simili - declaratoria di inammissibilità, accompagnata da un monito al legislatore – avrebbe comportato nell'ambito del giudizio *a quo*, a partire dalla condanna dell'imputato, auspicando, per le medesime ragioni, una disciplina transitoria per le ipotesi pregresse.

3.2. I giudici non hanno però mancato di far sentire la loro voce. Sono stati evidenziati, anzitutto, alcuni profili ("ciascuno dei quali, a sua volta, variamente declinabile sulla base di scelte discrezionali") rispetto ai quali l'esigenza di una regolazione della materia appare fondamentale: *a)* le modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto; *b)* la disciplina del relativo "processo medicalizzato"; *c)* l'eventuale riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al servizio sanitario nazionale; *d)* la possibilità di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura.

Ancora, pur riconoscendosi come i delicati bilanciamenti sottesi siano affidati, almeno in linea di principio, al Parlamento, sono state suggerite vere e proprie *linee guida* per il futuro intervento. In particolare: *i)* la *sedes materiae* nella quale inserire l'auspicata regolamentazione (non già l'art. 580 c.p., quanto piuttosto la legge n. 219 del 2017, così "da inscrivere anche questa opzione nel quadro della «relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico», opportunamente valorizzata dall'art. 1 della legge medesima"); *ii)* il collegamento della non punibilità al rispetto di una determinata procedura (delineandosi il modello di una vera e propria *giustificazione procedurale*); *iii)* l'introduzione di una disciplina *ad hoc* per le vicende pregresse (come quella oggetto del giudizio *a quo*), che della non punibilità non potrebbero altrimenti beneficiare; *iv)* l'adozione di "opportune cautele affinché – nell'applicazione pratica della futura disciplina – l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a mettere il paziente nella



concreta possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza” (cure palliative che anzi si auspica vengano potenziate).

#### 4. Un raffronto: convergenze, divergenze, lacune.

Utile, a questo punto, comparare i *primi passi* dell’odierno legislatore e il *modello di disciplina* che la Corte ha tratteggiato, imperniato – come s’è visto - su un processo medicalizzato, diretto a verificare, con adeguata certezza, il ricorrere di quei requisiti (patologia irreversibile e intollerabile e capacità della persona tenuta in vita a mezzo di trattamento di sostegno vitale), al verificarsi dei quali l’aiuto al suicidio possa dirsi *legittimo* e si apra, agli effetti penali, *uno spazio di non illiceità* dell’art. 580 c.p.

Un intervento legislativo principalmente orientato ad aggiornare il dialogo con la Corte dovrebbe concentrarsi in via prioritaria su tali presupposti e in particolare sulla procedura da seguire, sulla figura del medico competente a valutare e a decidere, sulle modalità dell’aiuto e sulle opportune cautele; ciò non toglie che, nell’esercizio della sua discrezionalità, il legislatore possa spingersi *al di là* dei confini tracciati dall’ordinanza, ritagliando una fattispecie (una causa di giustificazione) più ampia, comprendente ipotesi *ulteriori* rispetto a quelle individuate nell’ordinanza (come nel caso in cui, ad esempio, ci si intenda riferire anche a persone la cui vita non è affidata a un trattamento di sostegno vitale, che siano comunque gravemente e irrimediabilmente sofferenti per una malattia sentita come intollerabile).

4.1. Abbozzando un primo vaglio di conformità del progetto di legge n. 1586 alle indicazioni fornite dalla Corte costituzionale, può dirsi *consona* la scelta di intervenire nel corpo della legge n. 219 del 2017, trattandosi di sede idonea da una parte a mettere in luce, in vista di un possibile bilanciamento, i diversi interessi in gioco e, dall’altra, a lanciare un messaggio simbolico, per cui il precetto penale, posto a tutela della vita, resterebbe formalmente immutato e un nuovo assetto di diritti e doveri ne escluderebbe l’applicazione *solo* in peculiari situazioni.

Sul piano della soluzione penalistica, si è indicato, da parte dei giudici costituzionali, un modello di c.d. scriminante *procedurale*; in altri termini, l’agevolazione al suicidio, prestata dallo stesso soggetto della procedura, viene giustificata alla luce di quanto la procedura medicalizzata ha verificato. Seppure lo schema prescelto nei due progetti esaminati si fonda sulla limitazione, in determinati casi, dell’ambito applicativo delle fattispecie previste nel codice penale, si è in qualche misura optato per una soluzione proceduralizzata che richiama, in rapporto ai requisiti da accertare, l’approccio invocato dalla Corte costituzionale e che dunque può reputarsi sufficientemente in linea con le relative indicazioni.

Non appare pienamente conforme al *dictum* della Corte, invece, l’ambito di liceizzazione dell’eutanasia terapeutica, dal momento che dall’ordinanza non si può ricavare alcuna apertura a forme di eutanasia attiva né al riconoscimento di un inesistente diritto di morire; vi si coglie piuttosto la diversa esigenza di valorizzare a

pieno la dignità nell'autodeterminazione nelle scelte di fine vita, accompagnata dallo sforzo di circoscrivere la possibilità di aiuto al suicidio a situazioni limite, all'interno di un processo medicalizzato e con opportune cautele e modalità idonee a precludere possibili abusi.

Rispetto alle indicazioni fornite dalla Corte, mancano riferimenti al potenziamento del percorso di cure palliative (che *"dovrebbe essere un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente"*), a una disciplina delle vicende pregresse e alla possibilità di garantire l'obiezione di coscienza al personale sanitario coinvolto nella procedura.

4.2. Più in dettaglio, con riguardo alla disciplina per i fatti pregressi, una volta optato per una giustificazione procedurale, la liceità (e la conseguente non punibilità) andrebbe estesa retroattivamente anche alle ipotesi anteriori nelle quali le procedure – all'epoca non contemplate – non siano state rispettate e tuttavia emerga con sufficiente certezza (attraverso riscontri probatori) il ricorrere dei presupposti sostanziali legittimanti la condotta di agevolazione (stato patologico; fermezza della volontà del malato; aiuto esclusivamente materiale; soluzione medicalizzata).

Quanto all'obiezione di coscienza, sarebbe opportuno prevederne una precisa regolamentazione, soprattutto nell'ipotesi in cui il legislatore dovesse orientarsi (come sembra) per un'estensione dell'area di non punibilità non soltanto alle ipotesi di c.d. suicidio assistito ma più in generale ai trattamenti eutanasi. Né può valere a escludere l'esigenza di una espressa disciplina il parallelismo con la mancanza di norme *ad hoc* nella legge n. 219 del 2017, trattandosi di situazioni non assimilabili, dal momento che in quest'ultima ipotesi sono richieste al medico condotte (*non iniziare o sospendere un trattamento*) che orbitano nell'area dell'adempimento di un dovere (assecondare la richiesta del paziente di esercitare il diritto costituzionale di cui all'art. 32, co. 2) e nelle quali l'evento morte deriva comunque dal progredire non più contrastato della malattia.

Appare evidente invece che con la liceizzazione del trattamento eutanasi la pretesa nei confronti del sanitario sia ben diversa – porre in essere una condotta diretta a eliminare le gravi sofferenze derivanti da una malattia inguaribile provocando (o anticipando) la morte (si parla infatti di *"sommministrazione, da parte del personale medico qualificato, di farmaci aventi lo scopo di provocare la morte immediata del paziente senza dolore o sofferenze"*) – e inevitabilmente si affacci l'esigenza di un esplicito riconoscimento di un margine di obiezione di coscienza.

In una logica di equilibrato bilanciamento, la possibilità di astensione attribuita al personale sanitario non potrebbe in ogni caso spingersi sino al punto di vanificare il diritto eventualmente riconosciuto al malato di ottenere un trattamento eutanasi. Si potrà così immaginare, nell'organizzazione delle strutture sanitarie, l'adozione di moduli gestionali idonei a salvaguardare le singole sensibilità, senza pregiudicare l'esercizio della libertà di autodeterminazione terapeutica del paziente. Un siffatto modello compromissorio – che salvaguardi la libertà di coscienza del personale sanitario e il diritto del malato di vedere attuata la propria scelta di porre fine alla sua esistenza nella modalità ritenuta più dignitosa – potrebbe essere mutuato pure nel caso

in cui si privilegiasse la più circoscritta ipotesi di rendere lecite, nelle peculiari condizioni ipotizzate dalla Corte costituzionale, solo talune modalità di assistenza al suicidio.

## 5. Gli scenari.

Tirando le fila del discorso, va sottolineato come il vero nodo di fondo dell'intervento legislativo rimane quello di un'adeguata definizione dei limiti; in altri termini, occorre prestare grande attenzione nella perimetrazione dei presupposti e dei confini di liceità (a partire dai contorni dello stato patologico e dal riferimento, anche rispetto ai terzi, alle sole agevolazioni materiali), onde evitare pericolosi scivolamenti (più o meno consapevoli) da un *suicidio medicalmente assistito* (circoscritto, nei termini sollecitati dalla Corte, a ben determinate ipotesi) a casi di vera e propria *eutanasia attiva*.

Ciò in quanto, allo stato, su un terreno così delicato (che coinvolge profili etici, deontologici, filosofici, morali e soprattutto religiosi), la scelta più consona per il legislatore odierno appare quella della *cautela*: procedere cioè con un approccio prudente, *minimale*, limitato alla regolamentazione di quelle ipotesi di suicidio assistito in cui il *dominus* del fatto permanga sempre e solo il malato, il quale tuttavia non sia materialmente in grado di porre fine alla propria esistenza (in ragione delle peculiari condizioni in cui versa): una scelta che, inverando l'invocato "spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale", si muova nel solco delle coordinate – non ideologiche ma solo logiche (uguaglianza di trattamento) e strettamente ancorate ai principi costituzionali di dignità e ragionevolezza – tracciate dai giudici costituzionali.

Per concludere, non ci si può non chiedere cosa potrà accadere in caso di inerzia o di inadeguata risposta del legislatore.

Non è ovviamente questa la sede per approfondire il punto, ampiamente affrontato soprattutto nell'ambito del dibattito costituzionalistico. Ci si può limitare a rilevare come non appaia elemento di mero dettaglio la data individuata per la futura trattazione della questione: il 24 settembre 2019, infatti, la Corte manterrà ancora l'identica composizione odierna, di talché è lecito ipotizzare che i ravvisati profili di incompatibilità costituzionale – nei limiti che sono stati sottolineati – non potranno che condurre, qualora il legislatore resti inerte o licenzi un testo ritenuto inidoneo, a una dichiarazione di incostituzionalità dell'art. 580 c.p. e, se del caso, anche della nuova, insoddisfacente normativa.

Le ragioni esposte nell'ordinanza sembrano aprire la strada – in caso di mancata o inadeguata risposta del legislatore – a una sentenza di accoglimento parziale (*un'additiva di regola e non di principio*) della questione di legittimità ad oggi solo "prospettata" (richiamando le parole del Presidente della Corte costituzionale nella Relazione sulla giurisprudenza costituzionale dell'anno 2018). Ci si può spingere a ipotizzare una dichiarazione di illegittimità dell'art. 580 c.p., nella parte in cui incrimina l'aiuto al suicidio realizzato – dopo che tali condizioni siano state verificate dal medico che presta assistenza – da persona affetta da patologia irreversibile, fonte di

sofferenze fisiche e/o psicologiche assolutamente intollerabili, tenuta in vita a mezzo di trattamento di sostegno vitale, capace di autodeterminarsi.

Si tratta di una prospettiva che addossa un ulteriore carico di responsabilità sulle spalle del Parlamento, sollecitato – ma in parte pure *aiutato* – dalla Corte nel compito di restituire adeguata tutela alla dignità umana nella più drammatica e delicata fase della vita, quella terminale, e di scongiurare disparità di trattamento nell'autodeterminazione nelle scelte terapeutiche.

L'auspicio è che il legislatore sappia assumersi questa responsabilità e, vincendo la tentazione di tergiversare nell'attesa che a decidere siano, tra pochi mesi, i giudici costituzionali, superi la ritrosia sin qui mostrata nell'affrontare una questione tanto fondamentale quanto percepita, a livello politico, come *elettoralmente non redditizia*.