

"Eccezione" di aiuto al suicidio? Osservazioni critiche sulla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale*

Antonio Rimedio**

"EXCEPTION" OF AID TO SUICIDE? CRITICAL REMARKS ON THE JUDGMENT N. 242/2019 OF THE CONSTITUTIONAL COURT

ABSTRACT: By its judgment n. 242/2019 the Italian Constitutional Court declared the legitimacy of the medically assisted suicide request, justifying it on the same constitutional parameters that guarantee the right to renounce life support treatments. This essay confirms, from a bioethical perspective, the need to keep the two choices separated, bringing out both the difficulties due to profiles of equality between patients in similar conditions and the lack of palliative care in some Italian regions. Overall, the evident concern is a judgment which, for the purpose of access to assisted suicide, generalizes conditions taken by the "exceptional" case of Fabiano Antoniani.

KEYWORDS: Assisted suicide; medical assistance in dying; constitutional law; end of life issues

SOMMARIO: 1. Libertà di scelta dei tempi e modi del morire per malati in specifiche condizioni – 2. La consistenza del *vulnus* costituzionale – 3. Le condizioni previste per la non-punibilità dell'aiuto al suicidio – 4. L'insidiosa antinomia tra art. 580 codice penale e art. 32, secondo comma, Costituzione – 5. La distinzione tra rifiuto/revoca dei trattamenti e aiuto al suicidio – 6. Le prospettive deontologiche – 7. La possibile estensione del riscontrato *vulnus* costituzionale – 8. Conclusioni

1. Libertà di scelta dei tempi e modi del morire per malati in specifiche condizioni

Dopo l'autodenuncia di Marco Cappato, che in data 25 febbraio 2017 aveva accompagnato Fabiano Antoniani in Svizzera per il suicidio assistito avvenuto due giorni dopo, la Corte d'assise di Milano (Corte rimettente) ha richiesto alla Corte cost. una sentenza ablativa

* Questo articolo sviluppa le riflessioni già avviate, con riferimento all'ordinanza n. 207/2018, nel saggio *Relazione di cura e volontà anticipate. Un commento etico-giuridico alla legge 22 dicembre 2017, n. 219*, Torino, 2019, 261-269.

** Esperto in bioetica, componente della Conferenza Regionale per le sperimentazioni cliniche (Regione Piemonte); membro del Comitato etico interaziendale AOU "Maggiore della Carità" di Novara e AASSLL BI, NO, VCO; affiliato al Centro di Ricerca in Etica Clinica dell'Università degli Studi dell'Insubria (CREC). Mail: antonio.rimedio@tiscali-net.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

dell'art. 580 per la parte relativa all'*aiuto* al suicidio¹. Nell'ord. 207/2018² e nella successiva sent. 242/2019³ la Corte cost. esclude che «l'incriminazione dell'aiuto al suicidio, ancorché non rafforzativo del proposito della vittima, possa ritenersi di per sé in contrasto con la Costituzione»⁴, in quanto funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili. Tuttavia individua «una circoscritta area di non conformità costituzionale della fattispecie criminosa» e, quindi, un «*vulnus* costituzionale» attinente la violazione di diritti fondamentali, previsti dagli artt. 2 (principio personalistico), 13 (inviolabilità della libertà personale) e 32, secondo comma (libertà di rifiuto/revoca dei trattamenti sanitari), della Costituzione, nonché dagli artt. 2 (diritto alla vita) e 8 (diritto alla vita privata) della Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU). Il parametro dell'art. 32 Cost. non figura tra quelli evocati dalla Corte rimettente nella richiesta di incidente costituzionale ("*petitum*"), anche se più volte richiamato in motivazione⁵.

In considerazione dell'inerzia del Legislatore nel corso dell'anno concesso dall'ord. 207/2018, la Corte cost. si avvale dei propri «poteri di gestione del processo costituzionale» per evitare di lasciare in vigore una norma lesiva dei diritti fondamentali di cittadinanza. Scartata una «pronuncia meramente ablativa» e ritenuta insufficiente una «pronuncia interpretativa di rigetto», adotta una sentenza di «accoglimento manipolativo», pur riconoscendo la non sussistenza delle strette «rime obbligate», ma ritrovando «precisi punti di riferimento» e «soluzioni già esistenti»⁶ nella legge 219/2017. Il diritto comparato offre qualche esempio sulla capacità delle Corti Supreme di incidere in merito alla disciplina del suicidio assistito⁷. La stessa Corte cost. italiana, nell'ord. 207/2018, al punto 11, richiama la decisione della Corte suprema del Canada (*Carter contro Canada*, 6 febbraio 2015) che, dopo aver dichiarato l'anticostituzionalità del divieto penale dell'aiuto al suicidio, ne ha sospeso gli effetti per un anno, prorogato poi di qualche mese, per consentire al Parlamento di legiferare in merito⁸. In presenza di una diversa risposta del Parlamento italiano e in attesa di una regolamentazione per via legislativa, la Corte cost. interviene direttamente a sanare il *vulnus* riscontrato.

Con rinvio alla propria sent. 223/1996, la Corte cost. conferma il diritto alla vita come «primo dei diritti inviolabili»⁹. Su questa base censura la tesi principale della Corte rimettente che ha inteso argomentare sul «diritto a morire», in quanto «dall'art. 2 Cost. – non diversamente che dall'art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto

¹ Corte di assise di Milano, ordinanza 14 febbraio 2018, n. 43, in G.U. 1^a serie speciale 14.3.2018, n. 11, sul sito <https://www.gazzettaufficiale.it> (ultima consultazione 10.12.2019).

² Corte costituzionale, ordinanza 24 ottobre 2018, n. 207, in G.U. 1^a serie speciale 21.11.2018, n. 46, sul sito <https://www.cortecostituzionale.it> (ultima consultazione 10.12.2019).

³ Corte costituzionale, sentenza 22 novembre 2019, n. 242, in G.U. 1^a serie speciale 27.11.2019, n. 48, sul sito <https://www.cortecostituzionale.it> (ultima consultazione 10.12.2019).

⁴ *Ibidem*, § 2.2 Considerato in diritto.

⁵ *Ibidem*, § 2.3 Considerato in diritto.

⁶ *Ibidem*, § 6 Ritenuto in fatto.

⁷ Sul tema del fine vita nel diritto comparato si confronti P. PASSAGLIA (a cura di), *Decisioni di fine vita ed ausilio al suicidio*, Corte costituzionale – Servizio studi – Area di diritto comparato, Roma, 2018, sul sito <https://www.cortecostituzionale.it> (ultima consultazione 29.12.2019).

⁸ E. STEFANELLI, *La Corte suprema del Canada, il suicidio assistito, l'uso dei precedenti. Brevi note a margine del caso Carter v. Canada (Attorney General)*, 2015 SCC 5, in *Federalismi.it – Rivista di diritto pubblico italiano comparato europeo*, 3, 2015, sul sito <https://federalismi.it> (ultima consultazione 22.12.2019).

⁹ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, § 2.2 Considerato in diritto.

– di riconoscere all’individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire»¹⁰. Tale posizione è in linea con quanto sostenuto dalla Corte europea per i diritti umani proprio in relazione all’aiuto al suicidio (*Pretty v. Regno Unito*, 29 aprile 2002)¹¹. Esclusa la possibilità di fondare la richiesta di aiuto al suicidio su di «un vero e proprio diritto a morire», la Corte cost. individua però nella Costituzione i fondamenti per affermare, in riferimento ad un ambito rigorosamente circoscritto, quella «libertà della persona di scegliere quando e come porre termine alla propria esistenza»¹² che la Corte d’assise di Milano ha inteso attribuire all’esercizio delle libertà costituzionali da parte di ogni soggetto¹³.

Si tratta della “libertà” del malato – capace, affetto da malattia inguaribile e dipendente da presidi vitali – ad ottenere la morte tramite un “farmaco” letale per sottrarsi ad un’agonia non rispondente alle sue scelte individuali: «entro lo specifico ambito considerato, il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce per limitare ingiustificatamente nonché irragionevolmente la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un’unica modalità per congedarsi dalla vita»¹⁴. Pertanto la Corte, nel dichiarare la necessità di una “eccezione” rispetto al divieto assoluto di aiuto al suicidio, non assume a riferimento il diritto alla vita, la cui dignità sarebbe minacciata da una condizione di sofferenza insopportabile, bensì l’autodeterminazione del malato rispetto ai trattamenti sanitari. Come osserva la costituzionalista Chiara Tripodina, la Corte non utilizza il termine “diritto”, bensì “libertà”, che evoca la libertà di suicidarsi, non esistendo il diritto di suicidarsi e neppure il diritto di essere aiutati a suicidarsi¹⁵. Questa “libertà”, tuttavia, assume il profilo di un vero e proprio “diritto” nel momento in cui viene fatta coincidere con «l’autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie», per la cui difesa la Corte interviene direttamente a sanare il riscontrato *vulnus* costituzionale, ritenendo «impellente l’esigenza di assicurare una tutela effettiva dei diritti fondamentali, incisi dalle scelte del legislatore»¹⁶.

La Corte cost. percorre un itinerario che inverte, per così dire, l’obiettivo del “*petitum*” principale avanzato dalla Corte rimettente, ovvero la non punibilità di Marco Cappato, in quanto assume come centrale la vicenda di Fabiano Antoniani, facendosi carico delle ragioni che lo hanno indotto a ricercare il suicidio assistito in Svizzera. In tal modo introduce per la prima volta in Italia la libertà di un malato di richiedere l’aiuto al suicidio nel rispetto delle condizioni previste. Il nostro Paese si unisce, così, alla Svizzera e ad altri sei Stati dell’Unione Europea (Germania, Austria, Finlandia, Olanda, Belgio e Lussemburgo), nei quali questa pratica è a diverso titolo consentita.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ C. CASONATO, *Introduzione al biodiritto*, Torino, 2012 (3^a ed.), 220-224.

¹² Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, § 1.2 Ritenuto in fatto.

¹³ G. GENTILE, *Il caso Cappato e il diritto a morire (senza soffrire)*, in *Archivio Penale*, 3, 2018, sul sito <http://archiviopenale.it> (ultima consultazione 03/12/2019).

¹⁴ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, § 2.3 Considerato in diritto.

¹⁵ C. TRIPODINA, *Diritti alla fine della vita e costituzione*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, Special Issue 2, 2019, 415, sul sito <http://rivista.biodiritto.org> (ultima consultazione 27.12.2019).

¹⁶ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, § 4 Considerato in diritto. La Corte fa riferimento alla propria sent. n. 99 del 2019.

2. La consistenza del *vulnus* costituzionale

Fabiano Antoniani si era trovato di fronte a due possibili scelte:

- a) rinuncia ai trattamenti di sostegno vitale in atto – ventilazione assistita non invasiva (NIV) e nutrizione enterale tramite PEG – con accettazione contestuale della sedazione profonda continua per contrastare l’insorgenza di sintomi refrattari: in tale evenienza la morte sarebbe sopraggiunta «solo dopo un periodo di apprezzabile durata, quantificabile in alcuni giorni»¹⁷, a motivo di una dipendenza solo parziale dalla ventilazione assistita (morte “lenta”);
- b) rinuncia ai trattamenti di sostegno vitale e contestuale richiesta di suicidio medicalmente assistito (morte “rapida”), che gli era precluso in Italia, dove la legislazione penale criminalizza l’*aiuto* al suicidio allo stesso titolo dell’*istigazione* sulla base del disposto dell’art. 580 cod. pen.

A partire dalla comune circostanza della rinuncia ai trattamenti di sostegno vitale, la Corte cost. considera le due soluzioni “alternative” e al contempo “equivalenti” sul piano giuridico ed etico: «è anche agevole osservare che, se chi è mantenuto in vita da un trattamento di sostegno artificiale è considerato dall’ordinamento in grado, a certe condizioni, di prendere la decisione di porre termine alla propria esistenza tramite l’interruzione di tale trattamento, non si vede la ragione per la quale la stessa persona, a determinate condizioni, non possa ugualmente decidere di concludere la propria esistenza con l’aiuto di altri»¹⁸. In riferimento alle specifiche condizioni di taluni malati, vengono accolte le argomentazioni prodotte dalla difesa dell’imputato Marco Cappato, secondo la quale risulterebbe irragionevolmente discriminatoria «una disciplina penale che riconosca la liceità dell’interruzione delle cure con esito letale, e dunque la non antiggiuridicità di una condotta attiva di interruzione di un decorso causale immediatamente salvifico, punendo invece la condotta attiva di agevolazione della causazione immediata della morte in condizioni analoghe»¹⁹.

In questo senso la Corte cost. rileva una disparità di trattamento tra malati in condizioni cliniche simili: una persona, affetta da malattia irreversibile e mantenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, ha il diritto di revocare il consenso ai sensi dell’art. 1, quinto comma, della legge 219/2017; questa stessa legge, «non consente, invece, al medico di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti, non già ad eliminare le sue sofferenze, ma a determinarne la morte. Pertanto, il paziente, per congedarsi dalla vita, è costretto a subire un processo più lento e carico di sofferenze per le persone che gli sono care»²⁰. In questa disparità consiste il «*vulnus* costituzionale» attinente a diritti fondamentali.

Se noi consideriamo con attenzione, il malato che revoca il consenso ai trattamenti di sostegno vitale non si trova di fronte all’alternativa tra la vita e la morte, essendo la morte un evento comunque atteso a breve. In questa prospettiva diventa centrale non il morire in quanto tale, ma il “tempo” del morire: la morte in costanza di sedazione profonda continua viene indicata come «un processo più lento»,

¹⁷ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, § 2.3 Considerato in diritto.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ *Ibidem*, § 3.5 Ritenuto in fatto.

²⁰ *Ibidem*, § 2.3 Considerato in diritto

mentre il suicidio assistito assicura «una morte rapida»²¹. Tuttavia, il porre la questione in questi termini induce ad “occultare” la tipicità dell’atto suicida, che è del tutto distinto sia dalla revoca dei trattamenti di sostegno vitale, sia dall’accompagnamento al morire ad opera delle cure palliative.

3. Le condizioni previste per la non-punibilità dell’aiuto al suicidio

La Corte cost. dispone «l’illegittimità costituzionale dell’art. 580 del codice penale, nella parte in cui non esclude la punibilità di chi [...] agevola l’esecuzione del proposito di suicidio» alle seguenti condizioni:

- 1) la persona deve essere «pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli» e il proposito del suicidio si deve essere in lei «autonomamente e liberamente formato»;
- 2) la persona deve essere adeguatamente informata sia in ordine alle sue condizioni di salute, sia in ordine «alle possibili soluzioni alternative, segnatamente con riguardo all’accesso alle cure palliative ed, eventualmente, alla sedazione profonda continua»;
- 3) la persona deve essere «affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili»;
- 4) la persona deve essere «tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale», ai quali possa liberamente rinunciare;
- 5) l’aiuto al suicidio deve essere fornito «con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219», concernenti la relazione di cura e di fiducia tra medico e malato, il consenso/dissenso informato e le cure di fine vita: risulta chiaro da tali riferimenti che l’aiuto al suicidio è affidato alla competenza medica;
- 6) clausole di garanzia: a) «le modalità di esecuzione devono essere verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale» (il che non significa necessariamente che l’aiuto al suicidio debba avvenire in una struttura pubblica); b) «previo parere del comitato etico territorialmente competente»²².

Riguardo alle modalità di prestazione dell’aiuto al suicidio, il Comitato Consultivo Nazionale di Etica in Francia (CCNE) distingue tra «assistenza al suicidio» e «suicidio assistito». La prima consiste nel porre a disposizione del malato il prodotto letale, perché lo assuma da solo, ovvero possa anche non assumerlo cambiando il suo proposito iniziale. Il “suicidio assistito” si attua quando il malato non è in grado di portare ad esecuzione da solo il suicidio. In questa circostanza si rende necessario l’aiuto attivo di un terzo ai fini della somministrazione del prodotto letale (assunzione per bocca, iniezione, infusione con flebo, ecc.)²³. La legge canadese del 17 giugno 2016 ricomprende sotto la più generica dizione di «medical assistance in dying» due modalità: a) «somministrare ad una persona, su richiesta di questa stessa, una sostanza che causa la sua morte» (eutanasia); b) «prescrivere o fornire una sostanza ad

²¹ *Ibidem*.

²² *Ibidem*, Dispositivo.

²³ Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la vie et de la santé (CCNE), *Avis N° 121 – Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir*, 30 juin 2013, III Partie: *Légaliser l’assistance au suicide?*, 40 ss., sul sito <https://www.ccne-ethique.fr> (ultima consultazione 15/12/2019).

una persona, su richiesta di questa stessa, affinché se la somministri e in tal modo provochi la propria morte» (assistenza al suicidio)²⁴.

La Corte cost. italiana non si sofferma a chiarire l'atto dell'aiuto al suicidio come tale, ma fa riferimento al solo "suicidio" laddove osserva che «l'interessato conserva, per definizione, il dominio sull'atto finale che innesca il processo letale»²⁵. Quindi presuppone che il malato richiedente possa almeno collaborare. Sul piano dei principi e degli intenti, in determinate circostanze la differenza tra "aiuto al suicidio" ed "eutanasia" si rende molto sottile, tuttavia sul piano giuridico l'atto eutanasi va ad interessare l'art. 579 cod. pen., ovvero l'omicidio del consenziente, non compreso nella circoscritta area di non punibilità riferita al solo art. 580 cod. pen. Questo limite si rende oltremodo problematico a fronte del principio di uguaglianza sancito dall'art. 3 Cost., parametro rilevante nell'ord. 207/2018, ma non più evocato nella sent. 242/2019, anche se «le conclusioni sono tratte dalla Corte alla luce di un giudizio di ragionevolezza, comparando ciò che la legge n. 219 del 2017 consente e ciò che il Codice penale punisce»²⁶.

Le condizioni poste dalla Corte cost. per la richiesta di aiuto al suicidio sono molto selettive, quasi si trattasse di una "eccezione", essendo riferite a malati affetti da patologia irreversibile, in condizioni di «intollerabile» sofferenza fisica e/o psicologica e che «già potrebbero alternativamente lasciarsi morire mediante la rinuncia a trattamenti sanitari necessari alla loro sopravvivenza»²⁷. Una proposta di «eccezione di eutanasia (*exception d'euthanasie*)» è già stata avanzata nel Parere n. 63 del 27 gennaio 2000 dal Comitato Consultivo Nazionale di Etica in Francia (CCNE), che la circoscrive alle «situazioni limite» o ai «casi estremi», allo scopo di colmare il divario tra *the law in action* e *the law in the books*, rendendo prioritario il rispetto per *l'essere umano* al di là della *regola scritta*²⁸. Alcuni di questi elementi caratterizzano indubbiamente anche la decisione della Corte cost. italiana, che però segue un diverso percorso: prende lo spunto da un caso-limite, quello di Fabiano Antoniani, e ne generalizza le condizioni, perdendo di vista la radicale singolarità di ogni altro caso-limite.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) nel documento sul fine vita del 1995 richiama la massima «*Hard cases make bad laws*»²⁹ allo scopo di evidenziare l'incapacità della legge a rendersi interprete di quella umana *pietas* di cui vorrebbe essere espressione. Questo richiamo ci consente non solo di

²⁴ Government of Canada, *An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying)*, S.C. 2016, c. 3, assented to 2016-06-17, Section 241(1) of the Criminal Code, sul sito <https://laws-lois.justice.gc.ca> (ultima consultazione 12/12/2019).

²⁵ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, § 5 Considerato in diritto.

²⁶ C. TRIPODINA, *Diritti alla fine della vita e costituzione*, cit., 413.

²⁷ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, § 5 Considerato in diritto.

²⁸ Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la vie et de la santé (CCNE), *Avis N° 63 – Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, 27 Janvier 2000, § 4 – *Engagement solidaire et exception d'euthanasie*.

²⁹ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*, 14 luglio 1995, § 6, sul sito <http://bioetica.governo.it> (ultima consultazione 18.12.2019). «*Hard cases make bad law*» è uno dei più noti aforismi della tradizione giuridica anglo-americana, che troviamo utilizzato per le prime volte in due sentenze: *Hodgens v. Hodgens*, 4 Cl Fin. 323 (1837) e nel parere dissenziente del giudice Oliver Wendell Holmes, Jr. in *Northern Securities Co. v. United States*, 193 U.S. 197 (1904). Per un approfondimento si fa rinvio a S. SHAH-SHAHANI, *Hard Cases Make Bad Law? A Theoretical Investigation*, November 2019, sul sito <https://www.law.nyu.edu> (ultima consultazione 26.02.2020).

sottolineare la distinzione – talvolta anche divaricazione – di piani tra etica e diritto, ma anche la difficoltà argomentativa di una sentenza che assume a paradigma normativo, almeno fino ad intervento del Legislatore, uno specifico caso-limite con la pretesa di ricavarne un “diritto” meritevole di tutela nel contesto del sistema costituzionale³⁰.

4. L’insidiosa antinomia tra art. 580 codice penale e art. 32, secondo comma, Costituzione

La Corte cost. italiana prevede che la persona malata debba essere tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, ai quali possa liberamente rinunciare. Questa condizione è molto specifica, diremmo unica nel contesto del diritto comparato, dove il suicidio assistito e l’eutanasia trovano giustificazione in base a due principali paradigmi normativi, presenti anche in forma mista: l’elemento “oggettivo” di una malattia giunta alla fase terminale (3-6 mesi) e la condizione “soggettiva” di uno stato di sofferenza insopportabile, determinato da una patologia senza prospettive di miglioramento³¹. Il requisito della revoca dei trattamenti di sostegno vitale, che ha trovato pieno riconoscimento nell’art. 1, quinto comma, della legge 219/2017, consente alla Corte cost. di ricondurre la richiesta di aiuto al suicidio sotto la copertura dell’art. 32, secondo comma, Cost.

Si crea in tal modo una sorta di osmosi e di scambio di significati tra revoca dei trattamenti di sostegno vitale e richiesta di aiuto al suicidio: la revoca dei trattamenti viene interpretata come «decisione di accogliere la morte», mentre il suicidio medicalmente assistito è presentato come una «scelta delle terapie», comprese quelle finalizzate a liberare il malato dalle sofferenze³². In altro luogo della sentenza la Corte cost. fa riferimento alla «somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente»³³: si coglie tutta l’ambiguità del termine “farmaco”, che può anche significare “veleno”, sebbene nell’uso corrente indichi una sostanza prescritta a scopo terapeutico. Su queste premesse viene proposto il riassorbimento del suicidio medicalmente assistito nel contesto della legge 219/2017, di cui è auspicata la modifica.

La giurista Giovanna Razzano, nel commentare l’ord. 207/2018, ha parlato di una «apparente bipolarità dell’ordinanza» perché, da un lato, conferma il diritto alla vita e mantiene il reato dell’aiuto al suicidio, dall’altro lato introduce un diritto a morire, di cui può fruire il malato che si trova nelle condizioni previste³⁴. La bipolarità caratterizza, a nostro parere, la sent. 242/2019 per una ben più insidiosa *antinomia*, intesa nel senso letterale di “contrasto di norme”. Infatti, l’obiettivo della “manipolazione” dell’art. 580 cod. pen. viene raggiunto e motivato attraverso la “manipolazione” dell’art. 32, secondo

³⁰ G. CARAPEZZA FIGLIA, *Diritto al suicidio assistito? La tutela della persona alla fine della vita*, in *Rassegna di diritto civile*, 2, 2019, 580-598.

³¹ Gruppo di lavoro in materia di aiuto medico a morire, *Aiuto medico a morire e diritto: per la costruzione di un dibattito pubblico, plurale e consapevole*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 3, 2019, § 5.1, sul sito <http://rivista.biodiritto.org> (ultima consultazione 20.12.2019).

³² Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, § 2.3 Considerato in diritto.

³³ *Ibidem*, § 2.4 Considerato in diritto.

³⁴ G. RAZZANO, *La Corte costituzionale sul caso Cappato: può un’ordinanza chiedere al Parlamento di legalizzare il suicidio assistito?*, in *Dirittifondamentali.it*, 1, 2019, 16-17, sul sito <http://www.dirittifondamentali.it> (ultima consultazione 15.12.2019).

comma, Cost. Ne consegue che, alle condizioni stabilite, la *richiesta di aiuto al suicidio* diventa equivalente alla *revoca dei trattamenti* di sostegno vitale, al punto da indurre a dubitare che si tratti ancora di “suicidio”. A nostro parere l’argomentazione sarebbe stata coerente, qualora si fosse limitata all’individuazione di un ambito di non punibilità in presenza di circostanze di “eccezionalità” e di “necessità”, ovvero, di malati prossimi alla morte e in preda ad uno stato di intollerabile sofferenza fisica e/o psicologica.

Più in generale, le nostre perplessità riguardano la possibilità di un’ermeneutica della *Costituzione* alla luce del “diritto di morire per mano di altri”. La costituzionalista Chiara Tripodina fornisce una risposta negativa, perché «la Costituzione dice» sul diritto di lasciarsi morire, mentre «la Costituzione non dice» sul diritto di morire per mano d’altri³⁵. Appare assai arduo, ribadisce il giurista Federico Gustavo Pizzetti, estendere la previsione dell’art. 32, secondo comma, Cost. oltre l’ambito dei trattamenti sanitari strettamente considerati, per arrivare ad abbracciare atti come quello del suicidio assistito e dell’eutanasia, «che non hanno a che spartire coi trattamenti sanitari e che non costituiscono perciò esercizio di autonomia terapeutica»³⁶. Nella riconosciuta assenza delle strette “rime obbligate”, auspicabili per una sentenza manipolativa di così grande impatto sociale, sarebbe stato opportuno che «una tale decisione politica fosse assunta nelle sedi della democrazia rappresentativa, dopo ampio e approfondito dibattito nel consesso sociale»³⁷.

Sul piano del diritto comparato l’eutanasia e il suicidio assistito sono stati giustificati sulla base di due principi convergenti: 1) il diritto all’autonomia e al libero sviluppo della personalità, anche rispetto a limitazioni improprie da parte dello Stato; 2) il diritto ad una morte con dignità (*death with dignity*)³⁸. In modo particolare, la Corte costituzionale della Colombia ha insistito sul diritto del malato ad una morte dignitosa, inteso come diritto autonomo e di contenuto complesso: i malati «non possono essere costretti a continuare a vivere allorquando, per le circostanze estreme in cui si trovano, non lo stimano desiderabile né compatibile con la propria dignità, con l’inammissibile argomento che una maggioranza lo giudica un imperativo religioso o morale»³⁹. Possono essere di maggiore interesse le argomentazioni presentate dalla suprema Corte del Canada nella sentenza *Carter contro Canada* del 2015, tenuta in considerazione dalla Corte cost. italiana⁴⁰. Con riferimento all’art. 7 della Carta dei

³⁵ C. TRIPODINA, *Quale morte per gli “immersi in una notte senza fine”? Sulla legittimità costituzionale dell’aiuto al suicidio e sul “diritto a morire per mano di altri*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 3, 2018, 145, sul sito <http://www.biodiritto.org> (ultima consultazione 22.12.2019). Della stessa autrice si confronti *Articolo 32*, in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, 2008, 321-332.

³⁶ F.G. PIZZETTI, «*Ai confini delle cure*»: la sedazione palliativa (o terminale) tra diritto di non soffrire e diritto di morire, in P. MACCHIA (a cura di), *Ai confini delle cure*, Atti del convegno di Asti 11 novembre 2011, Napoli, 2012, 173.

³⁷ C. TRIPODINA, *Quale morte per gli “immersi in una notte senza fine”?*, cit., 149.

³⁸ P. PASSAGLIA (a cura di), *op. cit.*

³⁹ Corte Costituzionale della Colombia, sent. 20 maggio 1997, C-239/97, § II.C1, sul sito <https://www.biodiritto.org> (ultima consultazione 20.12.2019). A distanza di diciotto anni dalla sentenza il Ministero della Salute colombiano, con la Risoluzione n. 1216 del 20 aprile 2015, ha approvato le linee guida che definiscono i termini del riconosciuto «diritto a morire con dignità». Sul «labirinto della dignità umana» nel biodiritto, e in particolare nel fine vita, si confronti C. CASONATO, *Introduzione al biodiritto*, cit., 47-84.

⁴⁰ Corte costituzionale, ord. n. 207/2018, § 11.

diritti e delle libertà⁴¹, la Corte canadese afferma che il profondo rispetto per il valore della vita umana «ingloba anche la vita, la libertà e la sicurezza della persona durante il trapasso alla morte. Per questo motivo il carattere sacro della vita non esige che ogni vita umana sia preservata a tutti i costi»⁴². Pertanto l'aiuto medico a morire è fondato sul diritto del malato alla libertà e al controllo dell'integrità della propria persona, il cui significato richiama il «rispetto della vita privata» previsto dall'art. 8 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU).

5. La distinzione tra rifiuto/revoca dei trattamenti e aiuto al suicidio

A noi pare che la Corte cost. italiana faccia proprio il punto di vista della Corte suprema del Canada, che si riconosce nell'affermazione del giudice di primo grado Smith: «non sussiste distinzione etica tra morte medicalmente assistita e altre pratiche di fine vita, nelle quali la conseguenza della morte è altamente probabile»⁴³. Nella prospettiva di un'etica consequenzialista la rinuncia ai trattamenti di sostegno vitale e il suicidio assistito sono considerati atti equivalenti, in quanto entrambi riducono il tempo di vita del malato⁴⁴. Con riferimento allo stesso orientamento etico si può giustificare l'equivalenza che la Corte cost. pone tra la scelta di morire in costanza di sedazione profonda continua e la richiesta di aiuto al suicidio, perché la perdita definitiva della coscienza, indotta dalla sedazione profonda continua, è intesa come la morte “biografica” della persona, che rimane in vita solo sul piano “biologico”⁴⁵. Noi stessi abbiamo ammesso in precedenza che, nelle circostanze della revoca dei trattamenti di sostegno vitale, la scelta di morire in costanza di sedazione profonda continua e la scelta dell'aiuto al suicidio sono “contigue” per via di una morte comunque imminente, e tuttavia rimangono “divergenti” per valore e modalità di realizzazione⁴⁶.

Sulla distinzione tra eutanasia/suicidio assistito e rifiuto/revoca dei trattamenti di sostegno vitale si è espressa con chiarezza la suprema Corte di cassazione nella sentenza n. 21748 del 16 ottobre 2007

⁴¹ Government of Canada, *Canadian Charter of Rights and Freedoms*, sul sito <https://laws-lois.justice.gc.ca> (ultima consultazione 20.02.2020).

⁴² Corte Suprema del Canada, *Carter v. Canada*, sentenza 6 febbraio 2015, CSC 5, § 63. Per approfondimenti si confrontino: T. McMORROW, *Voluntary Euthanasia, Assisted Suicide & Law Reform: A Sketch of the Canadian Experience*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2019, 267-282, sul sito <http://rivista.biodiritto.org> (ultima consultazione 27.12.2019); E. STEFANELLI, *op. cit.*

⁴³ Corte Suprema del Canada, *Carter v. Canada*, cit.

⁴⁴ J. RACHELS, *Quando la vita finisce. La sostenibilità morale dell'eutanasia* (1986), Casale Monferrato, 1989, 116 ss. L'impronta utilitaristica dell'argomentazione della Corte cost. viene segnalata anche da G. CARAPEZZA FIGLIA, *op. cit.*, 587. La divergenza di opinioni, sul piano etico, riguardo alla differenza tra eutanasia/suicidio assistito e sospensione/non attivazione di un trattamento su richiesta del malato emerge anche nel parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, 18 luglio 2019, § 1, sul sito <http://bioetica.governo.it> (ultima consultazione 18.12.2019).

⁴⁵ M. MORI, *Dal vitalismo medico alla moralità dell'eutanasia*, in *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, 7, 1, 1999, 119-120. Si confrontino anche la *Postilla del Prof. Carlo Flamigni* e la *Dichiarazione del Prof. Demetrio Neri* allegata in calce al parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte*, 26 gennaio 2016, sul sito <http://bioetica.governo.it> (ultima consultazione 18.12.2019).

⁴⁶ G. ZANINETTA, F. NICOLI, M. PICOZZI, *La sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte: aspetti clinici, giuridici ed etici*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2, 2017, 881-894.

riguardante il caso di Eluana Englaro: «il rifiuto delle terapie medico-chirurgiche, anche quando conduce alla morte, non può essere scambiato per un'ipotesi di eutanasia, ossia per un comportamento che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte, esprimendo piuttosto tale rifiuto un atteggiamento di scelta, da parte del malato, che la malattia segua il suo corso naturale»⁴⁷. Sul piano giuridico è possibile distinguere il rifiuto/revoca dei trattamenti sanitari rispetto al suicidio assistito in relazione ad almeno quattro profili: a) causalità; b) intenzionalità; c) termine di riferimento oggettivo (la somministrazione di una sostanza letale non è trattamento sanitario); d) ambito valutativo dei terzi (il rifiuto/revoca dei trattamenti vale in ogni circostanza, mentre la richiesta di aiuto al suicidio è soggetta a verifica)⁴⁸. A tal proposito la Corte Suprema USA, nella sentenza *Vacco v. Quill* del 25 giugno 1997, ebbe ad affermare che «la distinzione tra l'assistenza al suicidio e la revoca dei trattamenti di sostegno vitale, una distinzione ampiamente riconosciuta e approvata all'interno della professione medica e nelle nostre tradizioni legali, è tanto importante quanto logica: certamente è razionale»⁴⁹. Tra la revoca dei trattamenti di sostegno vitale (lasciare che la malattia segua il suo corso naturale) e l'aiuto al suicidio (farsi aiutare a morire) si interpone una «cesura logica e fattuale netta»⁵⁰. Anche il giurista Paolo Zatti riconosce che «esiste un crinale, sottile ma limpido, tra cessare la lotta contro la morte e procurarsela o procurarla»⁵¹. Né vale argomentare sull'affievolirsi, in taluni casi, della distinzione tra «eutanasia attiva» (far morire) ed «eutanasia passiva» (lasciar morire). Muovendo dal presupposto che il rifiuto dei trattamenti sanitari sia un «diritto da prendere sul serio», il giurista Stefano Canestrari propone di «abbandonare definitivamente l'espressione tradizionale ma del tutto impropria di «eutanasia passiva consensuale»⁵², evitando in tal modo la confusione concettuale che può emergere quando si ammettono forme diverse di eutanasia.

Diversamente dalla richiesta di morte, la revoca dei trattamenti di sostegno vitale è da intendersi come rinuncia ad una tecnologia che mantiene in vita il malato in condizioni artificiali. Nelle cronache nazionali hanno avuto larga eco le vicende di taluni malati di Sla (Piergiorgio Welby, Giovanni Nuvoli, Walter Piludu) che, ormai prossimi alla morte, hanno rinunciato alla respirazione e alla nutrizione/idratazione artificiali, perché si trovavano in condizioni di spossatezza e prostrazione fisica: dopo la *resistenza* pluriennale ad una malattia inesorabilmente progressiva hanno dovuto accettare la *resa*⁵³. Sono questi gli aspetti più drammatici di una medicina che ritarda gli effetti della malattia, ma che non è in grado di impedire nei momenti finali la progressiva devastazione dell'organismo.

⁴⁷ Corte di cassazione, sez. I civ., 16 ottobre 2007, n. 21748, § 6.1. Si confronti anche Consiglio di Stato, sez. III, sent. 2 settembre 2014, n. 4460, §§ 46 ss.

⁴⁸ G. CARAPEZZA FIGLIA, op. cit., 585.

⁴⁹ U.S. Supreme Court, *Vacco v. Quill*, 521 U.S. 793 (1997), 26 giugno 1997, § 800 ss. (trad. it. in *Foro it.*, 4, 1998, c. 76 ss.).

⁵⁰ C. TRIPODINA, *Quale morte per gli "immersi in una notte senza fine"?*, cit., 145.

⁵¹ P. ZATTI, *Aiutare a morire: note brevi sui limiti del diritto*, intervento nella discussione su *La buona morte: quale spazio giuridico?*, 18 marzo 2017, sul sito <https://undirittogentile.wordpress.com>. Si confronti anche F. NICOLI, M. PICOZZI, *Killing or allowing someone to die: a difference defined exclusively by the criteria of "terminal"?* *Making decisions regarding a patient's death*, in *Medicina Historica*, 1, 2017, 41-47.

⁵² S. CANESTRARI, *Principi di biodiritto penale*, Bologna, 2015, 73.

⁵³ P. CATTORINI, *La morte offesa. Espropriazione del morire ed etica della resistenza al male*, Bologna, 2006 (2^a rist.), 182-195.

Le osservazioni critiche e le perplessità in questa sede da noi espresse trovano autorevoli conferme. Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), nel parere *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito* (18 luglio 2019), prende le distanze dalla proposta della Corte cost. di inserire la disciplina del suicidio assistito nel contesto della legge 219/2017, «dato che permane una netta differenza di fatto, con effetti sul piano etico e giuridico, tra il paziente libero di rifiutare o di accettare un trattamento terapeutico e il paziente che chiede di farsi aiutare a morire (aiuto al suicidio). Una cosa è sospendere o rifiutare trattamenti terapeutici per lasciare che la malattia faccia il proprio corso; altra cosa è chiedere ad un terzo, per esempio ad un medico, un intervento finalizzato all’aiuto nel suicidio»⁵⁴.

Con altrettanta chiarezza si pronuncia il documento *Aiuto medico a morire e diritto: per la costruzione di un dibattito pubblico, plurale e consapevole* (11 settembre 2019), elaborato da un gruppo di accademici e professionisti della salute, secondo i quali integrare la legge n. 219/2017 con l’aiuto medico a morire «potrebbe generare una confusione di piani (ad es. assimilazione di due trattamenti entrambi attinenti al fine vita, ma bisognosi di attenta distinzione, quali la sedazione palliativa, da un lato, e il suicidio medicalmente assistito o l’eutanasia, dall’altro) e cortocircuiti di disciplina (ad es. per quanto concerne l’obiezione di coscienza, che ha senso nel contesto di una disciplina sull’aiuto medico a morire, ma non nell’alveo delle previsioni della legge n. 219 del 2017). Il gruppo auspica, in definitiva, una legge autonoma, specificamente dedicata all’aiuto medico a morire, correlata al codice penale e alla legge n. 219 del 2017 da attente clausole di coordinamento»⁵⁵. La proposta della Corte cost. rischia di far apparire eutanasica la rinuncia ai trattamenti di sostegno vitale, gettando un’ombra di sospetto sull’intera legge 219/2017⁵⁶.

6. Le prospettive deontologiche

La questione investe, in modo particolare, l’agire professionale dei sanitari. Il Codice di deontologia medica (2014)⁵⁷, vigente in Italia, vieta l’aiuto al suicidio quale atto «finalizzato a provocare la morte» del richiedente (art. 17), mentre intende come “dovere” la sospensione dei trattamenti revocati dal malato o valutati dal medico come inutili e sproporzionati (artt. 16 e 35)⁵⁸. La deontologia medica italiana valorizza una differenza sostanziale ribadita anche nei più recenti orientamenti della World Medical Association (WMA) che, nella Dichiarazione sull’eutanasia e sul suicidio medicalmente assistito adottata a Tbilisi (Georgia) nell’ottobre 2019, rinnova la contrarietà a tali atti, riconoscendo al con-

⁵⁴ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, cit., § 3.1. Il CNB ha esaminato le argomentazioni proposte dalla Corte cost. nell’ordinanza n. 207/2018.

⁵⁵ Gruppo di lavoro in materia di aiuto medico a morire, *op. cit.*, § 10.

⁵⁶ A. MORRESI, *Postilla* inserita in appendice al parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, 18 luglio 2019, cit. Sul tema si confronti anche G. RAZZANO, *La legge n. 219/17 su consenso informato e DAT fra libertà di cura e rischio di innesti eutanasci*, Torino, 2019.

⁵⁷ Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO), *Codice di deontologia medica*, Torino, 2014, sul sito <https://portale.fnomceo.it/codice-deontologico> (ultima consultazione 10.02.2020).

⁵⁸ Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), *Codice di deontologia medica*, Torino, 2014, sul sito <https://portale.fnomceo.it> (ultima consultazione 30.12.2019).

tempo l'eticità del rispetto della volontà di un malato che chiede la sospensione dei trattamenti sanitari⁵⁹, in coerenza con il *Manuale di etica medica* (3^a ed., 2015) che conferma per i malati competenti «il diritto di rifiutare trattamenti, anche se il rifiuto può comportare disabilità o morte»⁶⁰. A fronte di una richiesta di sospensione dei trattamenti il medico ha il “dovere” di intervenire, mentre a fronte di una richiesta di aiuto al suicidio può far valere la sua libertà di coscienza, perché «accompagnare un paziente che fa richiesta di suicidio assistito attiene alla visione morale con cui ciascun medico interpreta la propria professione e la relazione medico-paziente»⁶¹.

Nell'auspicare che la disciplina relativa al suicidio assistito venga inserita nel contesto della «relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico», così come affermata nell'art. 1, secondo comma, della legge 219/2017, la Corte cost. genera una sorta di “cortocircuito” relativo alla relazione di cura, perché la prospettiva dell'aiuto medico al suicidio, così come quella dell'eutanasia, non fa parte strutturale della relazione di cura ed è stata intenzionalmente tenuta fuori dalla legge 219/2017 che, in riferimento al fine vita, ha adottato l'etica dell'accompagnamento propria delle cure palliative⁶². Del resto, la stessa Corte dichiara che «resta affidato alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato»⁶³. Ma se nel richiedere l'aiuto al suicidio il malato fa valere il proprio diritto di autodeterminazione terapeutica, si viene a creare ancora una volta un «cortocircuito di disciplina», perché rispetto a tale diritto il Legislatore italiano non ha previsto obiezione di coscienza, configurandosi l'accettazione o il rifiuto/revoca dei trattamenti sanitari come un limite di legge all'intervento del medico.

In data 6 febbraio 2020 il Consiglio nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) ha approvato all'unanimità gli “indirizzi applicativi” dell'articolo 17 del Codice deontologico, nell'ottica di «allineare anche la punibilità disciplinare a quella penale», come ha spiegato il Presidente della FNOMCeO Filippo Anelli⁶⁴. La metodologia seguita è parallela a quella della Corte cost.: così come, sul piano penale, è stata dichiarata la non punibilità mantenendo inalterato il divieto di aiuto al suicidio, altrettanto, sul piano deontologico-disciplinare permane il divieto degli «atti finalizzati a provocare la morte», ma viene ammessa la non punibilità del medico che si

⁵⁹ «The WMA reiterates its strong commitment to the principles of medical ethics and that utmost respect has to be maintained for human life. Therefore, the WMA is firmly opposed to euthanasia and physician-assisted suicide. No physician should be forced to participate in euthanasia or assisted suicide, nor should any physician be obliged to make referral decisions to this end» (World Medical Association, *WMA Declaration on euthanasia and physician-assisted suicide*, Adopted by the 70th WMA General Assembly, Tbilisi – Georgia, October 2019, sul sito <https://www.wma.net> - ultima consultazione 30.12.2019).

⁶⁰ World Medical Association (WMA), *Medical Ethics Manual*, 2015 (3rd edition), 44, sul sito <https://www.wma.net> (ultima consultazione 27.12.2019).

⁶¹ Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia intensiva (SIAARTI), *Comunicato stampa sulla sentenza della Corte Costituzionale in materia di suicidio assistito*, 27 settembre 2019, sul sito <http://www.siaarti.it/News> (ultima consultazione 29.12.2019).

⁶² XVII Legislatura – Resoconto stenografico dell'Assemblea, seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017, *Pareri espressi dalla relatrice di maggioranza on. Donata Lenzi sul testo unificato della proposta di legge in tema di Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, sul sito <http://www.camera.it> (ultima consultazione 27.12.2019).

⁶³ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, § 6 Considerato in diritto.

⁶⁴ Ufficio Stampa FNOMCeO, *Suicidio assistito, la Fnomceo aggiorna il Codice Deontologico*, 6 febbraio 2020, sul sito <https://portale.fnomceo.it> (ultima consultazione 11.02.2020).

attiene alle indicazioni della Corte. «La libera scelta del medico – ha deliberato con voto unanime il Consiglio nazionale della FNOMCeO – di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell’individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare»⁶⁵. La prestazione dell’aiuto al suicidio da parte del medico viene ancor più connotata come una “eccezione”, da valutare caso per caso.

In questi indirizzi noi cogliamo la rivendicazione di un giudizio “deontologico-disciplinare” autonomo e parallelo rispetto all’intervento degli organi di garanzia già indicati dalla Corte cost. nell’ambito della «procedura medicalizzata» dell’aiuto al suicidio: le condizioni e le modalità di esecuzione debbono essere verificate da «una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente»⁶⁶. La Corte fa riferimento ai comitati etici istituiti per la salvaguardia dei soggetti vulnerabili nel contesto delle sperimentazioni cliniche⁶⁷, anche se in talune Regioni, come il Veneto, le funzioni consultive riguardo alla pratica clinica sono state separate e opportunamente attribuite ad organismi specifici, quali sono i “comitati etici per la pratica clinica”⁶⁸.

Il provvedimento della FNOMCeO suscita interrogativi ineludibili sotto il profilo del rapporto tra deontologia medica e pronunce giurisprudenziali. Nella realtà dei fatti rende più complicata la libera adesione del medico alla richiesta di un malato in difficoltà. Il clinico, dopo aver agito in conformità ai pareri della struttura sanitaria in cui opera e del comitato etico territorialmente competente, sarà sottoposto alla valutazione del Consiglio di disciplina dell’Ordine territoriale di appartenenza. Il nodo potrà essere sciolto dall’intervento del Legislatore attraverso la previsione di organismi di controllo, così come istituiti dalle leggi sull’eutanasia e sul suicidio assistito vigenti in Olanda, Belgio e Lussemburgo.

7. La possibile estensione del riscontrato *vulnus* costituzionale

Si dà atto alla Corte cost. di aver inteso limitare, almeno negli intenti, le richieste di aiuto al suicidio, tuttavia la Magistratura ordinaria si troverà ad affrontare d’ora in avanti una serie di casi, contigui nelle circostanze e nelle motivazioni, ma non del tutto rispondenti alle condizioni previste.

⁶⁵ Consiglio nazionale FNOMCeO, *Indirizzi applicativi all’art. 17 e correlati ai sensi della sentenza 242/19 della Corte Costituzionale*, Roma, 6 febbraio 2020, sul sito <https://portale.fnomceo.it> (ultima consultazione 12.02.2020).

⁶⁶ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, Dispositivo.

⁶⁷ *Ibidem*, § 5 Considerato in diritto. La Corte fa riferimento all’art. 12, comma 10 lettera c, del d.l. n. 158 del 2012 e all’art. 1 del decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013.

⁶⁸ Regione Veneto, *DGR n. 983 del 17 giugno 2014 – Allegato B*, in *Bollettino Ufficiale della Regione Veneto*, 8 luglio 2014, sul sito <https://bur.regione.veneto.it> (ultima consultazione 22.12.2019). L’esempio della Regione Veneto è stato seguito dal Friuli - Venezia Giulia, dalla Provincia autonoma di Bolzano, dalla Toscana e dalle Marche. Sul tema si confronti C. PETRINI, *Suicidio assistito. Dopo la sentenza della Consulta, quattro scenari per i comitati etici abilitati ad esprimersi su eventuali richieste*, in *Quotidianosanità.it*, 18 febbraio 2020, sul sito <http://www.quotidianosanità.it> (ultima consultazione 22.02.2020).

Un caso pregresso, il cui giudizio è stato rinviato proprio in attesa della sentenza della Corte cost., riguarda Davide Trentini, barista toscano di 53 anni malato di sclerosi multipla dal 1993, accompagnato in Svizzera per il suicidio assistito (13 aprile 2017) da Mina Welby, con il concorso di Marco Cappato che ha collaborato alla raccolta fondi⁶⁹. Riguardo ai fatti avvenuti prima della pubblicazione della sentenza, la Corte cost. ammette flessibilità sulle «condizioni procedurali», purché abbiano offerto «garanzie sostanzialmente equivalenti»⁷⁰; invece mantiene ferme al caso di Fabiano Antoniani le condizioni del malato morto suicida: «patologia irreversibile, grave sofferenza fisica o psicologica, dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e capacità di prendere decisioni libere e consapevoli [...]. Requisiti tutti la cui sussistenza dovrà essere verificata dal giudice nel caso concreto»⁷¹. Pertanto la Corte d'assise del tribunale di Massa, competente ad esprimersi sul caso di Davide Trentini, dovrà accertare la sussistenza di “tutti” i requisiti, previsti nel loro insieme dalla Corte cost. come scriminante rispetto al reato di cui all'art. 580 cod. pen. Tuttavia, dalle cronache non si ha evidenza che questo malato fosse tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale, ovvero da supporti tecnologici applicati all'organismo dall'esterno. In tal modo Mina Welby e Marco Cappato – quest'ultimo già assolto in relazione al caso di Fabiano Antoniani perché «il fatto non sussiste»⁷² – rischierebbero una pesante condanna per la mancanza di uno dei requisiti, a meno che il consulente tecnico di parte non dimostri la funzione di “sostegno vitale” dei trattamenti farmacologici di cui fruiva il malato.

Ci rendiamo conto che, soprattutto per i casi futuri, uno dei problemi sarà di individuare il perimetro entro il quale circoscrivere i “trattamenti di sostegno vitale”, da intendersi come trattamenti strumentali e farmacologici utilizzati, di norma, in ambiente intensivologico, ma alcuni anche in ambito domiciliare. Nel far costante riferimento alla condizione di Fabiano Antoniani, la Corte cost. tiene presenti la ventilazione meccanica non invasiva (NIV), la nutrizione e l'idratazione artificiali. A tali trattamenti si aggiungono la ventilazione meccanica invasiva con i presidi di gestione delle vie aeree (tubo endotracheale), le tecniche di depurazione extracorporea in caso di insufficienza renale (dialisi) o epatica, i dispositivi di assistenza circolatoria meccanica (IABP, ECMO, VAD), l'infusione di farmaci vasopressori e/o inotropi per lo scompenso cardiaco, la terapia antibiotica, l'infusione di emoderivati⁷³: in una parola, tutti i trattamenti che supportano in modo essenziale o sostituiscono funzioni vitali dell'organismo. Ci chiediamo se in questo ambito possano rientrare i farmaci immunosoppressori da assumere in via permanente dopo un trapianto d'organo, il trattamento con insulina delle forme più severe del diabete o, ancora, le terapie cosiddette “salvavita”. Dobbiamo prendere atto, allora, che i “trattamenti di sostegno vitale” possono essere individuati, come tali, solo in relazione alla specifica funzione sul singolo malato.

⁶⁹ R. BERARDO, *La storia di Davide Trentini e il processo a Mina Welby e Marco Cappato*, 4 febbraio 2020, sul sito <https://www.associazionelucacoscioni.it> (ultima consultazione 26.02.2020). Il processo presso la Corte d'assise di Massa è iniziato il 12 novembre 2018, ma le udienze sono state presto sospese in attesa della sentenza della Corte costituzionale sul caso M. Cappato – F. Antoniani; la prossima udienza è stata fissata per il 18 marzo 2020.

⁷⁰ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, § 7 Considerato in diritto.

⁷¹ *Ibidem*.

⁷² 1^a Corte d'assise di Milano, sent. 23 dicembre 2019, n. 8, sul sito <http://www.giurisprudenzapenale.com> (ultima consultazione 26.02.2020).

⁷³ Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia intensiva (SIAARTI), *Le cure di fine vita e l'anestesista rianimatore: raccomandazioni SIAARTI per l'approccio alla persona morente – Update 2018*, 27 giugno 2018, 24-27, sul sito <http://www.siaarti.it> (ultima consultazione 27.12.2019).

Il principio di uguaglianza, di cui all'art. 3 Cost., potrebbe essere il grimaldello per scardinare i rigidi criteri fissati dalla Corte cost. Del resto, il «paradosso dell'uguaglianza di fronte alla morte» è già stato individuato dal giurista Stefano Rodotà in un saggio del 2002: «se ho la sfortuna (uso deliberatamente questo termine) di sopravvivere con le mie sole forze, anche in presenza di sofferenze insopportabili, in un contesto che rifiuta gli interventi eutanasi e dunque il suicidio assistito, finisco col trovarmi in una condizione di minore libertà rispetto a colui il quale, sopravvivendo con mezzi meccanici o chimici ha invece la possibilità di rifiutare le cure e di morire»⁷⁴. Questa riflessione fa riferimento ai due casi decisi, in Gran Bretagna, rispettivamente dalla *High Court of Justice (Ms B.)* e dalla *House of Lords (Diane Pretty)* a qualche mese di distanza nel corso del 2002. Ms B, donna tetraplegica, completamente paralizzata e tenuta in vita da un respiratore automatico (polmone d'acciaio), ha potuto revocare tale trattamento ed è morta come richiesto. Invece a Diane Pretty, affetta da irreversibile sindrome neurodegenerativa del sistema nervoso centrale, ma non dipendente da trattamenti di sostegno vitale, è stato vietato l'aiuto al suicidio da parte del marito⁷⁵. Quest'ultimo caso ci rappresenta la condizione del malato fisicamente impossibilitato a compiere il gesto del suicidio: la previsione di tale impossibilità potrebbe ingenerare in lui l'effetto perverso di anticipare la richiesta di aiuto al suicidio, almeno finché si trova nelle condizioni di poter agire in autonomia⁷⁶.

Le difficoltà connesse al requisito della revoca dei trattamenti di sostegno vitale sono riconosciute anche dal giurista Carlo Casonato, secondo il quale «molti pazienti (come Gloria Taylor, ad esempio, querelante in *Carter v. Canada*) chiedono un aiuto al loro suicidio prima di essere trattati con ventilazione meccanica e nutrizione e idratazione artificiali [NIA] – e a volte, precisamente perché non vogliono questa tipologia di trattamenti di sostegno vitale. Costringerli alla tracheostomia o alla NIA al solo scopo di accedere al suicidio assistito sembra altamente irragionevole»⁷⁷. Un malato di Sla sarebbe “costretto” ad accettare la tracheostomia, non avendo titolo a presentare la richiesta di aiuto al suicidio prima di tale intervento, pur trovandosi in uno stato di forte distress fisico e morale.

Sulla base dello stesso principio di uguaglianza, il diritto di scelta tra una morte accompagnata da sedazione profonda continua e l'aiuto al suicidio potrebbe riguardare molti altri malati negli ultimi giorni di vita, indipendentemente dal fatto che siano nelle condizioni di rinunciare a terapie di sostegno vitale, ma unicamente sulla base della «libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze»⁷⁸. Non solo, ma questa scelta potrebbe tradursi in una richiesta anticipata di eutanasia, qualora venga inserita in una pianificazione condivisa delle cure o nelle disposizioni anticipate di trattamento – DAT, previste dalla legge 219/2017, artt. 4-

⁷⁴ S. RODOTÀ, *Il paradosso dell'uguaglianza davanti alla morte*, in S. SEMPLICI (a cura di), *Il diritto di morire bene*, Bologna, 2002, 40-41.

⁷⁵ C. CASONATO, *Introduzione al biodiritto*, cit., 216-227.

⁷⁶ Corte Suprema del Canada, *Carter v. Canada*, sentenza 6 febbraio 2015, CSC 5, cit., § 30.

⁷⁷ C. CASONATO, *Assisted suicide in Italy: constitutional right or wishful thinking?*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2, 2019, 147-149, sul sito <http://rivista.biodiritto.org> (ultima consultazione 15.12.2019).

⁷⁸ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, § 2.3 Considerato in diritto.

⁷⁹. Le circostanze fin qui proposte sono sufficienti ad evidenziare la potenziale estensione di quella che inizialmente ci è apparsa come “eccezione” di aiuto al suicidio.

8. Conclusioni

È difficile parlare di libertà di scelta da parte del malato, se il Servizio sanitario nazionale (SSN) non è in grado di assicurare un buon accompagnamento nel morire attraverso le cure palliative. La stessa Corte cost. fa propria la sottolineatura del CNB, secondo il quale le cure palliative dovrebbero rappresentare «una priorità assoluta per le politiche della sanità»⁸⁰, e a sua volta stabilisce che il malato deve essere adeguatamente informato e coinvolto in un percorso di cure palliative, quale pre-requisito alla richiesta di aiuto al suicidio: «si cadrebbe, altrimenti, nel paradosso di non punire l'aiuto al suicidio senza avere prima assicurato l'effettività del diritto alle cure palliative»⁸¹.

Un convinto sostenitore dell'eutanasia, qual è stato Umberto Veronesi, ha ammesso di aver scoperto nelle corsie degli ospedali che «chi riesce a sconfiggere il dolore non chiede di morire»⁸². Tale affermazione trova conferma in Marie De Hennezel, psicologa francese con notevole esperienza nell'accompagnamento dei morenti, secondo la quale «nessuna richiesta di eutanasia è stata ripetuta dopo un accompagnamento di qualità. Ogni reiterazione della richiesta di eutanasia esprime la volontà della persona di vivere in un altro modo la parte finale della sua vita»⁸³. La stessa Corte cost. ammette che «l'accesso alle cure palliative, ove idonee a eliminare la sofferenza, spesso si presta, infatti, a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita»⁸⁴. Ma poiché l'offerta delle cure palliative presenta un'accentuata disomogeneità sul territorio nazionale⁸⁵, il “paradosso” evidenziato dalla Corte, più che un'ipotesi, si delinea come un dato di fatto. E allora, quella che finora abbiamo indicato come “eccezione” rischia, in talune Regioni italiane, di trasformarsi in vero e proprio “paradosso”.

Preso atto che attraverso la sent. 242/2019 della Corte cost. l'aiuto medico al suicidio è entrato nell'ordinamento italiano, si rende auspicabile l'intervento del Legislatore con apposito e separato provvedimento, «vista la complessità della materia affrontata, la delicatezza delle garanzie da approntare e il numero delle questioni da definire»⁸⁶.

⁷⁹ F.G. PIZZETTI, *L'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale, pronunciata nel corso del “Caso Cappato”, e il diritto del paziente che rifiuta le cure salvavita a evitare un'agonia lenta e non dignitosa*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2, 2019, § 6, 164-170, sul sito <http://rivista.biodiritto.org> (ultima consultazione 05.12.2019).

⁸⁰ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, cit., § 4.4.

⁸¹ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, § 2.4 Considerato in diritto.

⁸² U. VERONESI, *L'uomo con il camice bianco*, Milano, 2009, 167.

⁸³ M. DE HENNEZEL, *La dolce morte* (2000), Milano, 2002, 174-175.

⁸⁴ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, § 5 Considerato in diritto.

⁸⁵ Ministero della Salute – Dir. Generale della programmazione sanitaria, *Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010* (anni 2015-2017), Roma, 31 gennaio 2019, sul sito <http://www.salute.gov.it> (ultima consultazione 30.12.2019).

⁸⁶ Gruppo di lavoro in materia di aiuto medico a morire, *op.cit.*, § 10.