

UNA SENTENZA “INEVITABILMENTE INFELICE”: LA “RIFORMA” DELL’ART. 580 C.P. DA PARTE DELLA CORTE COSTITUZIONALE *

Stefano Canestrari

SOMMARIO 1. Il «caso Antoniani-Cappato» e la «doppia pronuncia» della Corte costituzionale: l’ordinanza n. 207/2018 e la sentenza n. 242/2019. — 2. La sentenza n. 242/2019: una «riformulazione» dell’art. 580 c.p. modellata su un caso concreto. — 3. L’intervento di «separazione» e «duplicazione» dell’art. 580 c.p. Le «ferite dell’anima» e le tipologie tradizionali di suicidio. — 4. I tormenti e «i diritti» del corpo di fronte alla richiesta di assistenza a morire. — 5. La presenza del requisito *sub c)* come “*trump card*” della «doppia pronuncia» della Corte costituzionale. — 6. La sentenza n. 242/2019 e gli ulteriori requisiti di natura procedimentale: 1) La concreta possibilità della persona malata di sottoporsi alla terapia del dolore e alle cure palliative; 2) L’aiuto al suicidio nell’ambito di una struttura pubblica del SSN, sentito il parere del comitato etico territorialmente competente. — 7. La sentenza n. 242/2019 e il rischio di generare disorientamento nel dibattito etico e giuridico sulle questioni di fine vita. — 8. Non «soltanto» ferite di un’anima, non «ancora» tormenti di un corpo legato ad una macchina. — 9. Il pre-requisito del coinvolgimento in un percorso di terapia del dolore e di cure palliative: un diritto umano fondamentale.

1. Il «caso Antoniani-Cappato» e la «doppia pronuncia» della Corte costituzionale: l’ordinanza n. 207/2018 e la sentenza n. 242/2019

Com’è noto, la Corte costituzionale era chiamata a pronunciarsi sulla legittimità del delitto di istigazione o aiuto al suicidio (art. 580 c.p.) nell’ambito della vicenda giudiziaria che ha visto imputato Marco Cappato in relazione al suicidio di Fabiano Antoniani (detto Dj Fabo) presso l’associazione svizzera “Dignitas”¹. La questione di legittimità costituzionale sollevata dalla Corte d’Assise di Milano² è stata “rimodellata”

* *disCrimen*, 8 settembre 2020.

Il presente contributo è stato pubblicato nel volume “*La Corte costituzionale e il fine vita. Un confronto interdisciplinare sul caso Cappato-Antoniani*”, Torino, 2020, curato da Giovanni D’Alessandro e da Ombretta Di Giovine. Si ringraziano i curatori del volume e l’editore per aver acconsentito alla pubblicazione del contributo anche in questa sede.

¹ Per una puntuale descrizione dei fatti e dei giudizi si rinvia a G. LEO, *Nuove strade per l’affermazione della legalità costituzionale in materia penale: la Consulta ed il rinvio della decisione sulla fattispecie di aiuto al suicidio*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2019, 241 ss.

² L’ordinanza del 14 febbraio 2018 è stata pubblicata su www.penalecontemporaneo.it, 16 febbraio 2018.

dalla Consulta con l'ordinanza n. 207/2018, definita dal Presidente della Corte di «incostituzionalità prospettata»³.

In relazione all'incriminazione dell'istigazione e dell'aiuto al suicidio, la Consulta – nell'ordinanza depositata il 16 febbraio 2018 – ritiene che sia «funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio». Il divieto, anche nell'odierno assetto costituzionale, ha una sua «ragion d'essere» a tutela principalmente delle persone in condizione di fragilità che potrebbero essere facilmente indotte a concludere prematuramente la loro vita, «qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto». Di conseguenza, non si può ritenere inibito al legislatore penale di vietare condotte che spianino la strada a

³ G. LATTANZI, *Relazione del Presidente Giorgio Lattanzi*, in riferimento alla giurisprudenza costituzionale del 2018, in www.cortecostituzionale.it, 2019, 13.

I commenti all'ordinanza n. 207/2018 sono stati numerosissimi: per le indicazioni rinviamo al sito ufficiale della Corte costituzionale (<https://www.cortecostituzionale.it/actionNoteSentenza.do>).

In questa sede mi limito ad alcune segnalazioni. Si veda, innanzitutto, il volume F.S. MARINI, C. CUPELLI (a cura di), *Il caso Cappato. Riflessioni a margine dell'ordinanza della Corte costituzionale n. 207 del 2018*, con prefazione di F. VIGANÒ, Napoli 2019, dove si sono cimentati i giuristi penalisti R. BARTOLI, 1-17; S. CANESTRARI, 37-60; C. CUPELLI, 75-90; M. DONINI, 113-129; L. EUSEBI, 132-143; F. LAZZERI, 181-204; A. MASSARO, 217-228; D. PULITANÒ, 277-287; L. RISICATO, 289-306; S. SEMINARA, 307-335; A. SESSA, 337-353. La registrazione del video della Tavola Rotonda «L'ordinanza n. 207/2018 sul caso Cappato: dignità e autodeterminazione nel morire» (Università degli Studi di Milano, 18 settembre 2019), in occasione della presentazione del volume, è disponibile su Radioradicale.it. Cfr. inoltre AA.VV., *Autodeterminazione e aiuto al suicidio*, a cura di G. Fornasari, L. Picotti e S. Vinciguerra, Padova 2019, con riflessioni sull'ordinanza n. 207 del 2018 nei saggi di S. VINCIGUERRA, 85 ss.; C. CASONATO, 95 ss.; T. PASQUINO, 107 ss.; P. BAIMA BOLLONE, 119 ss.; S. CANESTRARI, 137 ss.; S. RIONDATO, 161 ss.; L. PICOTTI, 169 ss.; AA.VV., *Il diritto di essere uccisi: verso la morte del diritto?*, a cura di M. Ronco, Torino 2019, con scritti di A. MANTOVANO, A. RUGGERI, L. CORNACCHIA, A. MORRESI, G. RAZZANO, G. ROCCISI e M. RONCO; AA.VV., *Atti del Seminario "Suicidio assistito e valori costituzionali: un orizzonte da delineare"*, tenutosi il 15 marzo 2019 presso il Senato della Repubblica, con il patrocinio della Camera dei Deputati, organizzato da Accademia Aletheia, Dipartimento di Scienze giuridiche e politiche dell'Università G. Marconi e Scuola Territoriale della Camera Penale di Roma, con le relazioni di T. PADOVANI, M.B. MAGRO, C. TRIPODINA e di chi scrive, in <https://www.biodiritto.org/Dossier/Casi-e-materiali-sul-fine-vita-in-Italia>; AA. VV. "Questioni di fine vita". *Dalla legge 22 dicembre 2017, n. 219 alla ordinanza della Corte costituzionale nel caso Cappato*, in *Giurisprudenza penale web*, 2019, fasc. 1-bis.

Si veda altresì il *forum Fase finale della vita, tra libertà ed esigenze di protezione. Quali punti fermi?*, a cura di M. D'Amico, I. Pellizzone e B. Liberali, in *Notizie di Politeia*, 2019, 71 ss.; A. VALLINI, *Morire è non essere visto: la Corte costituzionale volge lo sguardo sulla realtà del suicidio assistito*, in *Dir. pen. e proc.*, 2019, 805 ss.; G. GENTILE, *Il caso Cappato e il diritto a morire (senza soffrire)*, in www.archiviopenale.it, 3/2018; F. CONSULICH, *Stat sua cuique dies. Libertà o pena di fronte all'aiuto al suicidio?*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2019, 101 ss.

scelte suicide, in nome di una concezione astratta dell'autodeterminazione individuale che ignora le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite. Anzi, è compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimuovendo, in tal modo, gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della «persona umana» (art. 3, comma 2, Cost.)⁴.

Tuttavia, sempre a giudizio della Corte, occorre prendere in considerazione specifiche situazioni inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta. «Il riferimento» scrive l'ordinanza n. 207/2018 «è, più in particolare, alle ipotesi in cui il soggetto agevolato si identifichi in una persona (a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli. Si tratta, infatti, di ipotesi nelle quali l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento in vita artificiale non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare».

In questo senso, l'ordinanza della Corte considera paradigmatico il «caso Antoniani-Cappato». In tali ipotesi, il «divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce, quindi, per limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli articoli 2, 13 e 32, secondo comma, della Costituzione, imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita, senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile».

La Consulta però non ritiene di poter porre rimedio a questo *vulnus* con una semplice cancellazione del reato di aiuto al suicidio prestato nei confronti di chi si trova in tale condizione. «Una simile soluzione lascerebbe, infatti, del tutto priva di disciplina legale la prestazione di aiuto materiale al suicidio ai pazienti in tali condizioni, in un ambito di altissima sensibilità etico-sociale e rispetto al quale vanno con fermezza preclusi tutti i possibili abusi». Una regolamentazione della materia volta ad evitare abusi nei confronti delle persone vulnerabili implica una serie di scelte discrezionali e, quindi, l'intervento del legislatore.

A questo punto l'ordinanza della Corte ritiene «doveroso – in uno spirito di leale

⁴Tali argomentazioni vengono rafforzate anche attraverso il richiamo alla giurisprudenza della Corte EDU, in materia di tutela del diritto alla vita e del diritto al rispetto della vita privata e familiare (artt. 2 e 8 CEDU, sentenze *Pretty c. Regno Unito*, *Haas c. Svizzera*, *Koch c. Germania*).

e dialettica collaborazione istituzionale – consentire [...] al Parlamento ogni opportuna riflessione e iniziativa».

Il complesso e dettagliato monito rivolto al legislatore ad intervenire entro la data della nuova udienza, fissata per il 24 settembre 2019, è caduto nel vuoto. Com'era prevedibile, la sentenza della Consulta, depositata il 22 novembre 2019, è coerente con quanto anticipato nell'ordinanza n. 207/2018. Come si legge nel dispositivo della sentenza n. 242/2019, l'art. 580 c.p. viene dichiarato costituzionalmente illegittimo, per violazione degli artt. 2, 13 e 32, comma 2, Cost., «nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219» – ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della sentenza, con modalità equivalenti – «agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente»⁵.

2. La sentenza 242/2019: una «riformulazione» dell'art. 580 c.p. modellata su un caso concreto

La sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale richiama espressamente – nel *Considerato in diritto* (§§ 1-2) – le argomentazioni proposte nell'ordinanza n. 207/2018 e conferma in larga parte il loro contenuto, con alcune omissioni relative al concetto di «dignità nel morire» o di «morte dignitosa»⁶.

Tali «cancellature» appaiono peraltro assai significative. Nella sentenza n. 242 la Corte abbandona l'idea di indicare i fondamenti e di delineare i contenuti di un «diritto a morire con dignità», ovvero di un «diritto alla piena dignità anche nel morire»

⁵ Corte costituzionale, sentenza 24 settembre (dep. 22 novembre 2019), n. 242, Pres. Lattanzi, Est. Modugno.

⁶ Come osserva puntualmente C. TRIPODINA, *La «circoscritta area» di non punibilità dell'aiuto al suicidio. Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2019, 224 s., la parola «dignità» collegata a quelle di «morte» o «morire» non compare più nelle motivazioni della sentenza n. 242/2019. In generale, sul concetto di dignità umana nell'ambito del (bio)diritto penale, sia consentito il rinvio a S. CANESTRARI, *Principi di biodiritto penale*, Bologna 2015, 32 ss. e *ivi* ulteriori riferimenti bibliografici.

lumecciato nell’ordinanza n. 207/2018⁷.

Rimane dunque *in vigore* la bipartizione consolidata. Da un lato, il diritto al rifiuto/rinuncia ai trattamenti sanitari anche necessari alla propria sopravvivenza, dove il diritto all’autodeterminazione del malato assume la consistenza dei diritti dell’*ha-beas corpus*⁸: il diritto all’intangibilità della propria sfera corporea consacrato dall’art. 32, comma 2, Cost. – che può essere letto congiuntamente all’art. 13, comma 1, Cost. – e ribadito in modo inequivoco dalla l. n. 219/2017⁹. Dall’altro, il c.d. «diritto al suicidio» o l’ipotetico «diritto a morire con l’aiuto o per mano d’altri», disconosciuto dall’orientamento dominante nella letteratura giuridica e dalla «doppia pronuncia» della Corte costituzionale.

Nel «territorio di mezzo» tracciato dalla sentenza n. 242/2019 scompare ogni riferimento alla visione soggettiva di dignità del morire e non viene più utilizzata la parola *diritto*; campeggia, invece, l’espressione *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.» –¹⁰.

Gli inevitabili margini di ambiguità connessi a tale utilizzo del concetto di «libertà» rendono ancora più fragile l’idea di un’assunzione della l. n. 219/2017 a *tertium comparationis*¹¹.

⁷ In riferimento alla «dignità nel morire» nelle motivazioni dell’ordinanza n. 207/2018, cfr. C. CUPELLI, *Il Caso Cappato, l’incostituzionalità differita e la dignità nell’autodeterminazione alla morte*, in www.penalecontemporaneo.it, 3 dicembre 2018, par. 4.

⁸ Sia consentito il rinvio a S. CANESTRARI, *Principi di biodiritto penale*, cit., 67 ss., anche per indicazioni relative alla letteratura bioetica e biogiuridica; nella dottrina penalistica, con chiarezza, D. PULITANÒ, *Doveri del medico, dignità di morire, diritto penale*, in *Riv. it. med. leg.*, 2007, 1204, laddove parla «dei diritti di inviolabilità del proprio corpo, del proprio essere vivente»; ID., *L’attività terapeutica*, in *Diritto penale. Parte speciale*, vol. I, *Tutela penale della persona*, Torino 2019, 44; A. VALLINI, *Rifiuto di cure «salvavita» e responsabilità del medico: suggestioni e conferme dalla più recente giurisprudenza*, in *Dir. pen. e proc.*, 2008, 70.

⁹ V. S. CANESTRARI, *La legge n. 219 del 2017 in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento*, in *Leg. pen.*, 2018, 14 ss.; C. CUPELLI, *Libertà di autodeterminazione terapeutica e direttive anticipate di trattamento*, in *Criminalia*, 2017, 285 ss.; L. EUSEBI, *Regole di fine vita e poteri dello Stato: sulla ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale*, in AA.VV., *Il caso Cappato*, cit., 132 ss.; A. VALLINI, *Morire è non essere visto*, cit., 815.

¹⁰ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, § 2.3.

¹¹ In proposito appare significativo che la sentenza m. 242/2019 non menzioni più il parametro dell’art. 3 Cost. – evocato invece nell’ordinanza n. 207/2018 – e non adduca argomentazioni a sostegno di una fallace equiparazione tra rinuncia a trattamenti di sostegno vitale e assistenza medica al suicidio. Sul tema vale anche la pena ribadire l’ovvietà di un assunto, al fine di evitare insidiosi fraintendimenti: il *right to refuse medical treatment* — inteso quale diritto a vivere tutte le fasi della propria esistenza

Le riflessioni sin qui effettuate trovano un'evidente conferma nel punto centrale della sent. n. 242/2019, le poche ma cruciali righe del par. 6 del *Considerato in diritto*: «quanto, infine, al tema dell'obiezione di coscienza del personale sanitario, vale osservare che la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita ad escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato».

In seguito avrò occasione di analizzare la questione dell'obiezione di coscienza. Per ora mi preme sottolineare che il «disallineamento» tra l'ambito di non punibilità individuato dalla sentenza n. 242/2019 e i diritti «effettivi» previsti dalla l. n. 219/2017 non poteva risultare più evidente. Ed, invero, in coerenza con i principi enunciati, il legislatore del 2017 rende «azionabile» il diritto della persona malata di ottenere la realizzazione delle proprie richieste di interruzione del trattamento sanitario, anche *life saving*, in corso: «Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente [...]» (art. 1, comma 6) e «Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge [...]» (art. 1, comma 9).

In assenza di una solida ricostruzione «generale» delle realtà normative «differenziate» nei diversi contesti di fine vita, la sentenza n. 242/2019 appare invece espressamente «ritagliata» sul caso d'origine e finisce per individuare una «circoscritta area di non conformità costituzionale»¹² dell'art. 580 c.p., con l'obiettivo di delineare un ristretto ambito di non punibilità – di incerta qualificazione penalistica – dell'assistenza medica al suicidio¹³.

senza subire trattamenti sanitari, anche salvavita, contro la propria volontà – è esercitabile con le modalità previste dalla legge n. 219/2017 a prescindere dai requisiti richiesti dalla sentenza n. 242/2019 per l'aiuto medico al suicidio.

Si vedano ora le chiare osservazioni di M. ROMANO, *Aiuto al suicidio, rifiuto o rinuncia a trattamenti sanitari, eutanasia (sulle recenti pronunce della Corte costituzionale)*, in *Sistemapenale.it*, 13 gennaio 2020, 7, laddove sottolinea che l'analogia tra la rinuncia ai trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza e il suicidio – sulla quale fa leva la «doppia pronuncia» della Corte costituzionale – costituisce una «palese forzatura».

¹² Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, § 2.3.

¹³ Cfr. le osservazioni di C. CUPELLI, *Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a se stessa. La sentenza n. 242 del 2019 e il caso Cappato*, in *Sistema penale.it*, 53. L'Autore ritiene che la pronuncia della Corte possa assumere i connotati di una additiva di regola, consistente nell'introduzione di una causa di non punibilità o di una scriminante c.d. procedurale, collegata al rispetto di determinate condizioni. La sentenza n. 242/2019 potrebbe essere pure qualificabile – sempre ad avviso dello stesso Autore – come ablativa parziale, in quanto «prevale l'individuazione delle

Di fronte ad una delle pronunce più importanti della storia della Corte costituzionale, i giudici della Consulta devono aver avvertito «il dolore» di affrontare una delle questioni più controverse e drammatiche – la più lacerante e «dilemmatica», quella dell'aiuto medico a morire¹⁴ – con il periscopio «comunque ristretto» del diritto penale, per di più «puntato» su una norma risalente al 1930. La n. 242/2019 è dunque una sentenza «inevitabilmente infelice».

L'operazione di «diluire» una tematica che costituisce il *Kern* di ogni ordinamento giuridico – e richiede una decisione politica di un legislatore democraticamente eletto – all'interno di una mera questione di «parte speciale del diritto penale» può dirsi «impossibile». Le peculiarità del «caso Antoniani-Cappato» consentono però ai giudici della Consulta di intravedere e percorrere un sentiero che non si conclude con una «rivendicazione» per via giurisprudenziale di *nuovi* diritti di fine vita di discusso fondamento costituzionale¹⁵.

situazioni da sottrarre alla sfera applicativa dell'art. 580 c.p., pur se accompagnata dall'aggiunta di ulteriori requisiti destinati a ridurre le criticità ravvisate nell'ordinanza» (C. CUPELLI, *op. loc. ult. cit.*).

¹⁴Il «dilemma» è profondo e «trasversale»: come dimostra l'esperienza dei principali Paesi europei, non può essere «ridotto» alle classiche contrapposizioni laici/cattolici, progressisti/conservatori. Basti pensare al dibattito pubblico in Germania, Francia, Spagna, Regno Unito caratterizzato da una dialettica costante sull'opportunità o meno di legalizzare il suicidio medicalmente assistito e le condotte eutanasiche. Per un'approfondita analisi di diritto comparato cfr. AA.VV., *Autodeterminazione*, cit., con le relazioni di M. HELFER, 13 ss.; I. MARCHI, 33 ss.; R. PARIZOT, 43 ss.; K. JARVERS, 53 ss.; G. QUINTERO OLIVARES, 63 ss.; J. NOSEDA, 71 ss.; G. BONIFACIO, 77 ss.; AA.VV., *Perspectives of law and culture on the end-of-life legislations in France, Germany, India, Italy and United Kingdom*, a cura di S. Rohlffing-Dijoux e U. Hellman, Baden-Baden 2019; M. DONINI, *La necessità di diritti infelici. Il diritto di morire come limite all'intervento penale*, in *www.penalecontemporaneo.it*, 15 marzo 2017, spec. 17 ss., con articolate riflessioni sulle soluzioni normative della legalizzazione o della depenalizzazione del suicidio medicalmente assistito e dell'eutanasia nei Paesi europei (Olanda, Belgio, Lussemburgo, Svizzera).

Con riferimento al diritto al suicidio medicalmente assistito, così come configurato dopo la decisione *Carter* da parte della Corte Suprema canadese, si veda B. CHAN, M. SOMERVILLE, *Converting the "Right to Life" to the "Right to Physician-Assisted-Suicide" and Euthanasia*, in *Medical Law Review*, 2016, 143 ss.; quanto, invece, alla opposta soluzione prospettata nello stesso anno dalla *High Court* neozelandese nel caso *Seales*, cfr. S.S. MARTIN, *A Human Rights, Perspective of Assisted Suicide: Accounting for Disparate Jurisprudence*, in *Medical Law Review* 2018, 98 ss.

In relazione alla «non scontata legittimità dell'aiuto al suicidio nella giurisprudenza CEDU», cfr. le preziose osservazioni di L. RISICATO, *L'incostituzionalità «differita» dell'aiuto al suicidio nell'era della laicità bipolare. Riflessioni a margine del caso Cappato*, in AA.VV., *Il caso Cappato*, cit., 295 ss.

¹⁵Nessuna introduzione di «un diritto a morire con l'aiuto o per mano di altri» ma piuttosto di «un diritto («tutto...penalistico») a non essere punito», ieri di Marco Cappato – in data 23 dicembre 2019 la Corte d'Assise di Milano ha pronunciato sentenza di assoluzione con la formula «perché il fatto non sussiste» – oggi di un medico pietoso.

In virtù di due ordini di motivazioni.

Per un verso, il «caso Antoniani-Cappato» non è un caso paradigmatico di suicidio medicalmente assistito. Le persone malate che richiedono l'assistenza medica al suicidio pongono l'accento, in prevalenza, sulle tremende sofferenze di *una vita* che ritengono non più sopportabile. In questo caso, invece, la persona afflitta da una malattia gravissima e irreversibile ha richiesto l'aiuto al suicidio per evitare *una morte* nel sonno, senza dolore e in assenza di coscienza, ma ritenuta «non accettabile». La sentenza della Corte dunque riesce – con argomentazioni invero «ambivalenti» – ad «aggirare» il vertiginoso tema della legalizzazione del suicidio medicalmente assistito tramite il ricorso ad una equiparazione, «necessariamente malferma», tra un *diritto* e una *libertà*. Il diritto al trattamento sanitario della sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte (vale a dire, il «diritto di dormire per non soffrire prima di morire»¹⁶), riconosciuto e garantito dalla l. n. 219/2017 anche al paziente che rinuncia al proseguimento di un trattamento di sostegno vitale. La libertà di anticipare la propria morte dopo aver interrotto il trattamento di sostegno vitale, con l'aiuto da parte di un medico «volontario» al suicidio di una persona malata che assume personalmente il farmaco letale.

Per altro verso, è radicata convinzione di chi scrive che l'introduzione di una

«Tanto tuonò che piovve» per chi vede crollare l'argine di un divieto assoluto nei confronti del medico che aiuta a morire il malato, con l'auspicio o con il timore che il «passaggio del Rubicone» conduca prima o poi alla legalizzazione dell'eutanasia.

«Tanto rumore per (quasi) nulla» secondo chi ritiene che la previsione di una mera «rinuncia a punire» renda difficilmente azionabile la richiesta di avvalersi di un'assistenza medica al suicidio.

Tra i primi commenti alla recentissima sentenza n. 242/2019 cfr., con punti di vista anche molto divergenti, M. ROMANO, *Aiuto al suicidio*, cit., 13; F. GIUNTA, *L'insostenibile sofferenza del vivere. Le motivazioni della Corte costituzionale in materia di suicidio medicalmente assistito (sent. 242/2019)*, in *disCrimen, focus*, 25 novembre 2019; L. EUSEBI, *Il suicidio assistito dopo Corte cost. n. 242/2019. A prima lettura*, in *Corti supreme e salute*, 2019, 2; C. CUPELLI, *Il Parlamento*, cit.; G. FLORA, *Una domanda a Ferrando Mantovani. A proposito della sentenza della Corte costituzionale sul caso Cappato*, in *disCrimen opinioni*, 30 ottobre 2019; M.B. MAGRO, *Fine vita: la Consulta indica quando non è punibile l'aiuto al suicidio*, in *Quotidiano giuridico*, 25 novembre 2019; R. BIN, «Tanto tuonò che piovve». *Pubblicata finalmente la sentenza sull'aiuto al suicidio («caso Cappato»)*, in *laCostituzione.info*, 22 novembre 2019; A. NICOLUSSI, *Lo sconfinamento della Corte costituzionale: dal caso limite della rinuncia a trattamenti salva-vita alla eccezionale non punibilità del suicidio medicalmente assistito*, in *Corti supreme e salute*, 2019, 2; C. TRIPODINA, «La circoscritta area», cit.

¹⁶ Il diritto alla somministrazione di sedativi nella modalità «profonda e continua», previsto dalla legge Leonetti-Claeys del 2 febbraio 2016, è stato tradotto in Francia nel «diritto di dormire per non soffrire prima di morire» secondo la formula del deputato Leonetti. Per una lettura del testo dell'art. L1110-5-2 (istituito dalla l. n. 2016-87 del 2 febbraio 2016, art. 3) si veda République française, *Code de la santé publique* (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

disciplina dell’assistenza medica a morire esige una decisione da parte del legislatore. Si tratta di effettuare un’autentica opera di bilanciamento, di fronte alla richiesta di essere aiutato a morire indotta da situazioni drammatiche, tra il diritto all’autodeterminazione della persona malata e il diritto ad una tutela effettiva dei pazienti in condizioni di sofferenza: «la richiesta di assistenza medica a morire non deve mai essere una scelta obbligata come avverrebbe laddove uno stato di sofferenza, che oggettivamente sarebbe mutabile e riducibile, fosse reso insuperabile dalla mancanza di un supporto e assistenza adeguati»¹⁷. Un’«onesta» opzione riformatrice presuppone allora una valutazione concreta ed approfondita della realtà sanitaria del nostro Paese da parte del Parlamento. I principi del (bio)diritto penale, e il suo carattere di laicità¹⁸, devono essere invocati per opporsi all’idea che questo complesso e delicato bilanciamento non possa o non debba mai essere effettuato.

Ora, il legislatore democraticamente eletto può anche «decidere di non decidere» e assumersi la (non) responsabilità, nella sua libera valutazione politica, di rinviare un simile «travaglio». Ciò varrebbe a maggior ragione nella realtà italiana caratterizzata dalla *necessità* di dare una piena attuazione al recente e significativo intervento del legislatore sulle tematiche di fine vita (la «buona legge buona» n. 219/2017¹⁹). Ma anche sul versante «normativo» – come su quello «fattuale» – occorre prendere atto di una anomalia, in questo caso del sistema penale italiano. In assenza di una scelta legislativa del nostro Parlamento si applicano le disposizioni incriminatrici del codice penale del 1930, che non prevedono alcuna disciplina dell’eutanasia e dell’aiuto medico

¹⁷ Così la posizione c) nell’ambito del documento del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, 18 luglio 2019, 24-26 (in *bioetica.governo.it*) redatta da chi scrive (CANESTRARI, DA RE, § 5, *Opinioni etiche e giuridiche all’interno del CNB. Posizione c)*). Sul punto, si veda anche *infra*, par. 9). Per un’autorevole adesione a questa posizione, cfr. C. VIAFORA, *Fine vita: un’istruzione delle questioni etiche più dibattute*, in C. VIAFORA, E. FURLAN, S. TUSINO, *Questioni di vita. Un’introduzione alla bioetica*, Milano 2019, 343 s. nt. 52.

¹⁸ Sul tema, sia consentito il rinvio a S. CANESTRARI, *Principi di biodiritto penale*, cit., spec. 11 ss.; 63 ss.; ID., *I fondamenti del biodiritto penale e la legge 22 dicembre 2017*, n. 219, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, fasc. 1/ 2018, 55 ss.

¹⁹ Sul punto si veda S. CANESTRARI, *Una buona legge buona (DDL recante «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento»)*, in *Riv. it. med. leg.*, 2017, 975 ss.; ID., *La legge 219 del 2017*, cit., 11. Tra i commenti della l. n. 219/2017 si segnalano nella letteratura giuspenalistica, O. DI GIOVINE, *Procreazione assistita, aiuto al suicidio e biodiritto in generale: dagli schemi astratti alle valutazioni in concreto*, in *Dir. pen. e proc.*, 2018, 917 ss.; G.M. FLICK, *Dignità del vivere e dignità del morire. Un (cauto) passo in avanti*, in *Cass. pen.*, 2018, 2302 ss. Nell’ambito di lavori monografici cfr. le riflessioni di A. NAPPI, *Principio personalistico e binomi indissolubili. Il primato dell’essere nell’incessante divenire della tutela penale*, Napoli 2018, 188 ss.; A. SESSA, *Le giustificazioni procedurali nella teoria del reato. Profili dommatici e di politica criminale*, Napoli 2018, 55 ss.

al suicidio e che danno luogo ad esiti sanzionatori di rigore così intenso da apparire assolutamente censurabili sotto il profilo della ragionevolezza-proporzione²⁰.

In sintesi. La sentenza n. 242/2019, «ristretta» nell'ambito di un angusto orizzonte penalistico, risulta modellata su un caso che «non è» – paradigmatico di – un suicidio medicalmente assistito inquadrato all'interno di una disposizione incriminatrice redatta in un'epoca in cui l'«enigma» del suicidio medicalmente assistito non esisteva neppure.

Muovendo da presupposti «infelici» e da un «contesto» caratterizzato da una duplice anomalia, la sentenza n. 242/2019 riesce comunque a giungere – come vedremo – ad una riformulazione «plausibile» della fattispecie di cui all'art. 580 c.p. Di fronte all'ambivalenza del termine suicidio – medicalmente assistito – e alla vetustà dell'art. 580 c.p., la Consulta è pienamente consapevole della necessità che una «riscrittura» della fattispecie comporta in realtà una sua «duplicazione». Il concetto tradizionale di «suicidio» e quello recente di «suicidio medicalmente assistito» non sono gemelli che possono sopravvivere congiunti: occorre un intervento chirurgico che provasse a «distinguere» ciò che non potrà mai essere del tutto «separato», «i tormenti del corpo e le ferite dell'anima»²¹.

3. L'intervento di «separazione» e «duplicazione» dell'art. 580 c.p. Le «ferite dell'anima» e le tipologie tradizionali di suicidio

La parziale declaratoria di incostituzionalità dell'art. 580 c.p. mi impone di riprendere alcune considerazioni già svolte in un saggio dove si analizzavano le tematiche di fine vita anche alla luce dell'ordinanza n. 207/2018²².

La rilettura dell'art. 580 c.p. da parte della «doppia pronuncia» della Consulta conduce alla conclusione che l'incriminazione dell'aiuto al suicidio non si può ritenere, in quanto tale, in contrasto con la Costituzione. La sentenza 242/2019 – la «dop-

²⁰ Da tempo e più volte chi scrive ha sottolineato la necessità di un intervento del nostro legislatore: per un'illustrazione dei benefici e dei rischi delle possibili direttrici di riforma, sia consentito il rinvio a S. CANESTRARI, *Principi di biodiritto penale*, cit., 97 ss.

Una chiara disamina della genesi dell'art. 580 c.p. e della sua collocazione all'interno del sistema penale, anche in rapporto all'omicidio del consenziente, in S. SEMINARA, *L'art. 580 c.p. e il diritto di morire*, in AA.VV., *Il caso Cappato*, cit., 307 ss.

²¹ V. S. CANESTRARI, *I tormenti*, cit., 37 ss.

²² V. S. CANESTRARI, *I tormenti*, cit., 37 ss., in part. §§. 7 e 8 (48-55).

pia pronuncia» – della Corte costituzionale giustifica l’incriminazione dell’aiuto al suicidio sulla base di un paternalismo «indiretto» definibile «debole»²³: vale a dire un intervento dell’ordinamento compatibile con un diritto penale di orientamento liberal-democratico, in quanto interviene a proibire condotte autolesive – ovvero condotte offensive in presenza del consenso dell’interessato – quando non siano sorrette da una scelta realmente libera e responsabile (e qui non appare necessario ricorrere alle categorie del “paternalismo”) oppure vi è un dubbio, fondato e ragionevole, che non siano sorrette da una scelta autenticamente libera (“*soft paternalism*”).

Ed eccoci ad una questione che ritengo *cruciale* e su cui vorrei riproporre alcune mie riflessioni che hanno contribuito alla discussione pubblica successiva all’ordinanza n. 207/2018. In sintesi: l’individuazione dei criteri in base ai quali considerare la scelta e la conseguente condotta suicidaria realmente autonoma e libera.

Il problema è decisivo e ne è ineludibile, in via preliminare, l’esame: come è stato più volte ribadito, in un’ottica laica e liberale l’accertamento della volontarietà della scelta deve porsi come priorità assoluta, con l’avvertenza che più la condotta è autodannosa e rischiosa più elevati debbono essere lo *standard* della volontarietà e lo *standard* dell’accertamento²⁴.

Il mio intento è quello di non concludere qui il discorso e di assumere il compito – che ritengo essenziale nell’ambito di una scienza penale integrata – di «dialogare» con quei campi disciplinari che più direttamente si occupano del suicidio e da cui sarebbe lecito attendersi indicazioni utili ai nostri fini. Gli studiosi più rigorosi – medici, psichiatri, psicologi, sociologi, giuristi, filosofi, teologi, bioeticisti – muovono dall’elaborazione di una tassonomia, di una classificazione dei tipi di suicidio. A titolo esemplificativo: sui-

²³ Per la distinzione tra forme di «paternalismo *hard*», non più accettabili per la loro connotazione autoritaria, e forme di paternalismo “moderato” o “limitato” conciliabili con un liberalismo penale non dogmatico, ma “maturo” e “cauto” cfr. l’opera di J. FEINBERG, *The Moral Limits of the Criminal Law*, Vol. 3, *Harm to Self*, Oxford, 1986, 14, ripresa, con chiarezza, da G. FIANDACA, *Il diritto di morire tra paternalismo e liberalismo penale*, in *Foro it.*, 2009, V, 227 ss. Sul tema v. ora il recentissimo saggio di M. ROMANO che definisce in modo efficace l’art. 580 c.p., «rigore di confini e di penalità a parte», «norma moderatamente (e indirettamente) paternalistica» (*op. cit.*, 4).

²⁴ In argomento, cfr. le considerazioni di L. RISICATO, *Dal «diritto di vivere» al «diritto di morire»*, Torino 2008, 53 ss.; A. MANNA, *Artt. 579-580. Omicidio del consenziente ed istigazione o aiuto al suicidio: l’eutanasia*, in ID. (a cura di), *Reati contro la persona*, I, Padova 2007, 48; M.B. MAGRO, *Eutanasia e diritto penale*, Torino 2001, 202 ss.; S. TORDINI CAGLI, *Principio di autodeterminazione e consenso dell’avente diritto*, Bologna 2008, 101 ss. Più di recente cfr. anche le opportune considerazioni con accenti problematizzanti di O. DI GIOVINE, *Procreazione assistita, aiuto al suicidio e biodiritto in generale*, cit., 917 ss.

cidio patologico, anomico, non intenzionato/intenzionato/subintenzionato, panico, altruistico, collettivo, egoistico, passivo, cronico, religioso, politico, liberatorio, espiatorio, intellettuale, umanitario, emotivo, razionale, ludico, sentimentale, simbolico, e l'elenco potrebbe continuare, così come potrebbero essere riviste alcune denominazioni a seconda della prospettiva dei diversi autori.

Un'approfondita analisi di queste indagini mi consente, pur di fronte alla varietà delle posizioni e alla molteplicità dei punti di osservazione, di formulare alcune considerazioni.

Dagli angoli visuali delle diverse discipline la prevenzione del suicidio è una finalità centrale: la maggioranza degli studi sono stati svolti allo scopo di raccogliere informazioni utili a prevenire la condotta suicidaria.

Ciononostante, queste indagini rimangono sostanzialmente "all'esterno" e la loro efficacia è relativa, in quanto anche le disamine più raffinate non riescono a dare conto del coinvolgimento della psiche nella condotta suicidaria. Occorre sottolineare che nella maggioranza dei casi il suicidio ricorre in situazioni umane comuni e non – come sarebbe tranquillizzante pensare – negli psicotici ospedalizzati: ogni suicidio ha il suo particolare, individuale lato d'ombra.

La conoscenza che abbiamo del suicidio è sempre incompleta, ogni definizione netta è prematura: la "comprensione" del suicidio è un problema ma è e rimarrà soprattutto un mistero.

Ciò trova conferma anche nei contributi della disciplina che ha maggiori risorse per ascoltare le sofferenze dell'anima dell'aspirante suicida, cioè la psicoanalisi, la psicologia del profondo: «Un'indagine svolta dalla prospettiva analitica si differenzia da altri tipi di ricerca in quanto non si propone né di condannare né di condonare il suicidio, anzi neppure di esprimere un giudizio ma semplicemente di comprenderlo come un evento della realtà psichica»²⁵.

Tuttavia, anche quando la psicoanalisi ha l'effetto di prevenire il suicidio – come per fortuna talvolta accade²⁶ – essa non può contribuire a formulare una serie di regole per stabilire se una scelta suicidaria sia realmente libera, a causa dell'unicità e irripetibilità della relazione analitica.

Se il suicidio – letteralmente "uccisione di se stesso" – è un attacco alla vita del

²⁵ J. HILLMAN, *Il suicidio e l'anima*, Milano 2010, 121 ss. (la prima edizione è del 1965, mentre la seconda, con *postscriptum* del 1997).

²⁶ «Quando l'impulso alla morte fisica è stato vinto e assorbito dalla sua realizzazione all'interno della psiche» (J. HILLMAN, *op. cit.*, 137) gli psicoanalisti parlano di un'autentica "rinascita" dell'aspirante suicida.

proprio corpo, l'unicità della tragedia non può essere sottoposta a verifica. Anche la psicoanalisi non può – né peraltro intende – elaborare regole per stabilire quando il suicidio, o “quel suicidio”, sia una “chiamata” di un Sé libero e autonomo.

Insomma, ritengo non solo difficilmente ipotizzabile un accertamento di una volontà suicida libera ed autonoma, ma neppure che esista la figura di un “valutatore”, di un “perito”, di un “esperto” che sappia valutare l'intensità e la “curabilità” delle ferite della nostra anima²⁷. Questa riflessione mi porta a ritenere che nessuno – giudici, psichiatri, psicoanalisti, religiosi, amici, parenti – abbia la facoltà di autorizzare, proibire e nemmeno di facilitare la condotta suicidaria.

L'impossibilità di identificare adeguati strumenti di accertamento per verificare in concreto se la condotta suicidaria si fondi su una decisione libera, autonoma e responsabile mi conduce a condividere il pensiero della «doppia pronuncia» della Corte sulla «perdurante attualità» dell'incriminazione dell'aiuto al suicidio²⁸. Un simile divieto penale può sopravvivere, peraltro, soltanto nell'ambito di una riforma generale dei delitti contro la vita previsti dal codice Rocco che – intendo sottolineare con chiarezza – danno luogo a esiti sanzionatori così intensi da apparire censurabili sotto il profilo della ragionevolezza-proporzione²⁹.

Per ciò che riguarda i destinatari di tale tutela la sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 ripropone la categoria delle persone specialmente «vulnerabili» richiamando quanto affermato nell'ordinanza n. 207/2018.

Sulla base delle considerazioni svolte ritengo preferibile un atteggiamento di cautela nel procedere ad una individuazione dei contesti e delle categorie «più a rischio». Poiché la scelta suicida è per molteplici aspetti ambivalente e poiché la conoscenza che ne abbiamo è comunque assai limitata, ogni classificazione appare parziale: la psiche di ciascuno di noi può contenere un'eterna primavera di crescita e un inverno senza fine di depressione e di disperazione³⁰.

²⁷ Cfr. il volume collettaneo R. TATARELLI, M. POMPILI (a cura di), *Il suicidio e la sua prevenzione*, Roma 2008, *passim*; M. POMPILI, *La prevenzione del suicidio*, Bologna 2013, *passim*; M. BIONI, A. IANNITELLI, S. FERRACUTI, *Sull'imprevedibilità del suicidio*, in *Rivista di psichiatria*, 2016, 167 ss.; L. PAVAN, *Esiste il suicidio razionale?*, Roma 2009, *passim*.

²⁸ La sentenza n. 242/2019 (*Considerato in diritto*, § 2.2.) ripropone quanto affermato con nettezza nell'ordinanza n. 207/2018.

²⁹ Sul punto si rinvia a quanto detto in S. CANESTRARI, *Principi di biodiritto penale*, cit., 97 ss. e alle osservazioni svolte nel paragrafo precedente.

³⁰ In questa sede mi limito a riportare un dato del rapporto *OMS World Health Statistics 2018*: nei Paesi europei il suicidio è tra le prime cause di morte nei giovani tra 14 e 25 anni. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.

4. I tormenti e «i diritti» del corpo di fronte alla richiesta di assistenza a morire

A questo punto del mio discorso devo riformulare il quesito che considero centrale – e preliminare ad ogni ulteriore riflessione – nell’ambito delle situazioni nelle quali la Corte ritiene che la repressione penale dell’aiuto al suicidio entri in contrasto con i principi costituzionali.

Vale a dire: è possibile accertare la capacità di prendere decisioni libere e consapevoli (di autodeterminarsi) nel richiedere la somministrazione di un farmaco atto a provocare rapidamente la morte da parte di pazienti (a) affetti da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trovano assolutamente intollerabili i quali (c) sono tenuti in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale?

Non posso neppure accennare alla questione – profonda e ramificata – della “reciproca relazione” tra anima e corpo. Tutti noi comunque sappiamo che esiste un legame tra le “sofferenze dell’anima” e le “sofferenze del corpo”: nell’esperienza concreta non stanno mai in un rapporto di esclusione assoluta. Nelle condizioni delineate dalla «doppia pronuncia» della Corte, a differenza di quelle che caratterizzano le tipologie di suicidio esaminate in precedenza, il corpo assume peraltro, indubbiamente, il ruolo di *protagonista* con i suoi diritti – il principio dell’intangibilità della sfera corporea ed il diritto a vivere tutte le fasi della propria esistenza senza subire trattamenti sanitari contro la propria volontà – e i suoi tormenti. Tale *centralità* delle sofferenze e della condizione del corpo del malato mi conduce ad effettuare considerazioni diverse rispetto a quelle relative alle «tradizionali» tipologie del suicidio indotto dal «male dell’anima». La sussistenza di presupposti «oggettivi» – l’esistenza di una patologia irreversibile fonte di sofferenze fisiche o psichiche intollerabili al paziente tenuto in vita a mezzo di trattamento di sostegno vitale – depone per la possibilità di verificare la libertà di autodeterminazione di una richiesta di assistenza a morire. Siamo in presenza di criteri di accertamento e di una figura in grado di svolgere il procedimento di *verifica*, che non può che essere il medico, magari con l’ausilio di uno psicologo clinico nel caso vi siano dubbi sul pieno possesso delle facoltà mentali della persona malata.

Ed invero, a conferma di quanto detto, la Corte ritiene fondamentale una regolamentazione sulle modalità di verifica *medica* della sussistenza di presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l’assistenza a morire e la disciplina del relativo processo medicalizzato³¹. In attesa di un intervento del Parlamento, la sentenza della Corte ha subordinato la non punibilità al rispetto delle modalità previste

³¹ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, § 2.4 riprendendo l’ordinanza n. 207/2018.

dalla normativa sul consenso informato, sulle cure palliative e sulla sedazione profonda e continua (artt. 1 e 2 della l. n. 219/2017) e alla verifica sia delle condizioni richieste che delle modalità di esecuzione da parte di una struttura pubblica del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), sentito il parere del comitato etico territorialmente competente.

5. La presenza del requisito sub c) come “*trump card*” della «doppia pronuncia» della Corte costituzionale

Il requisito *sub c)* – la richiesta di assistenza a morire deve provenire da una persona malata «tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale» – consente alla Corte di «risolvere» (*rectius*: di «non affrontare») le questioni più complesse che emergono nel dibattito mondiale relativo alla legalizzazione o alla depenalizzazione del suicidio medicalmente assistito e delle condotte eutanasiche. Vale a dire: le richieste di assistenza al suicidio di persone malate che si trovino nelle identiche situazioni soggettive descritte dalla Corte, ma che siano per la natura della loro patologia nella condizione di poter rifiutare e/o rinunciare autonomamente a trattamenti sanitari salvavita.

L'introduzione del requisito *sub c)* permette, pertanto, alla Corte di escludere dall'oggetto della sentenza quelle malattie che si prestano per la loro natura ad un accertamento di estrema difficoltà in relazione alla capacità decisionale della persona malata. Di conseguenza, l'opera di verifica del requisito *sub d)* – il soggetto «agevolato» deve essere «capace di prendere decisioni libere e consapevoli» – risulta meno complessa. Ribadisco: da un duplice punto di vista. Per un verso, si dovrà valutare la scelta di rivendicare i diritti e di «spegnere» i «tormenti di un corpo prigioniero» e mai esclusivamente l'intensità di una prostrazione dovuta alle «ferite dell'anima». Per l'altro, trattandosi necessariamente di *pazienti medicalizzati* è agevole identificare nel *medico* il soggetto che deve comunque essere coinvolto nella procedura di accertamento della «capacità di prendere decisioni libere e consapevoli».

La presenza del requisito *sub c)* consente altresì alla «doppia pronuncia» di «aggirare» le questioni più tragiche e controverse relative ai requisiti richiesti dalla Corte *sub a)* e *sub b)* per accedere all'aiuto medico a morire.

Per ciò che riguarda il requisito *sub a)* – la persona malata deve essere «affetta da una patologia irreversibile» – la questione più discussa riguarda la definizione dello stato patologico come «terminale». Le soluzioni adottate dai paradigmi normativi che

hanno legalizzato o depenalizzato il suicidio medicalmente assistito o le condotte eutanasiche sono molteplici: alcuni Stati degli USA, ad esempio, hanno fatto riferimento ad un «modello oggettivo» prevedendo in modo esplicito che la patologia si trovi allo stadio terminale.

Nel perimetro della «non punibilità» del suicidio assistito tracciato dalla sentenza della Corte tramite il requisito *sub c*), viene in considerazione un paziente che s'inserisce in un processo di fine vita a seguito della rinuncia all'uso di tecniche strumentali di sostegno delle funzioni vitali e che ha diritto di beneficiare della sedazione palliativa profonda continua. Dunque, una persona malata che entra necessariamente in una fase terminale dopo aver interrotto i trattamenti di sostegno vitale.

In relazione al requisito *sub b*) il profilo più controverso consiste nella necessità di richiedere che la condizione clinica sia connotata da un persistente stato di sofferenza fisica «e» oppure «o» psicologica. Anche su questa tematica l'opzione della «doppia pronuncia» della Corte – per la disgiuntiva «o» anziché per la congiuntiva «e» – risulta «semplificata» (e «sdrammatizzata») dalla concomitante presenza del requisito *sub c*). Il timore che tale scelta dilati eccessivamente l'ambito di non punibilità appare ingiustificato, in quanto la dimensione della «sofferenza fisica» deve ritenersi in una certa misura «connaturata» alla condizione di un corpo dominato da tecnologie biomediche «inimmaginabili» all'epoca in cui fu redatto il codice Rocco.

Ancora. La previsione del requisito *sub c*) finisce per introdurre un'ulteriore condizione «non scritta» per accedere all'aiuto medico al suicidio: la persona malata non è di regola in grado di far cessare da sola la propria esistenza.

Trattandosi di pazienti medicalizzati che si trovano in tale condizione clinica la Corte riesce ad inserire – con motivazioni ambigue – nel novero dei parametri l'art. 32, comma 2, Cost. e ad attribuire rilievo alla disciplina prevista dagli artt. 1 e 2 della l. n. 219/2017 evitando, al contempo, di prendere una posizione esplicita sui fondamenti della sua decisione.

In definitiva, proprio la concomitanza dei quattro requisiti indicati nella sentenza consente alla Corte di non esaminare con il necessario approfondimento la dimensione *altamente problematica* di un supposto «completamento» di un diritto a rinunciare alla prosecuzione di trattamenti sanitari salvavita con l'accesso al suicidio medicalmente assistito³².

³² Cfr. anche le osservazioni svolte nel par. 2.

6. La sentenza n. 242/2019 e gli ulteriori requisiti di natura procedimentale: 1) La concreta possibilità della persona malata di sottoporsi alla terapia del dolore e alle cure palliative; 2) L'aiuto al suicidio nell'ambito di una struttura pubblica del SSN, sentito il parere del comitato etico territorialmente competente

Ho avuto più volte l'opportunità di sottolineare con favore la sensibilità della legge n. 219/2017 verso il settore della medicina palliativa, indice dell'ormai diffusa consapevolezza che i doveri deontologici e professionali del medico – e degli altri operatori sanitari – si proiettano verso la tutela della salute in un'accezione ampia, nella quale risulta compreso l'alleviamento della sofferenza. Ai fini del nostro discorso val la pena riportare adesso l'intero testo dell'art. 2 («Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita») della l. n. 219/2017, che prevede tre commi: «1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38. 2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente. 3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico».

Ora, la Corte nella sentenza n. 242/2019 ha subordinato la non punibilità dell'aiuto al suicidio – in attesa di un indispensabile intervento del legislatore – proprio al rispetto delle condizioni e delle modalità previste dalla normativa sul consenso informato, sulle cure palliative e sulla sedazione profonda continua (artt. 1 e 2, l. n. 219/2017)³³, nonché della loro verifica da parte del comitato etico territorialmente competente.

La sentenza n. 242 della Corte costituzionale addita, dunque, al legislatore due nuovi requisiti di natura procedimentale, per delimitare in modo più efficace l'area di non punibilità dell'assistenza medica al suicidio: 1) La concreta possibilità della per-

³³ Sul punto, si rinvia alla letteratura citata alla nota 19.

sona malata di sottoporsi alla terapia del dolore e alle cure palliative, compresa la sedazione palliativa profonda continua; 2) L'assistenza medica al suicidio deve avvenire nell'ambito di una struttura pubblica del SSN, sentito il parere del comitato etico territorialmente competente.

In relazione al primo requisito la sentenza della Corte sottolinea la necessità che alla persona malata, che richiede l'assistenza medica al suicidio, sia obbligatoriamente proposta, come pre-requisito, la presa in carico da parte di strutture della rete palliativa. Al paziente pertanto devono essere offerti in via prioritaria specifici percorsi palliativi, indicando concretamente le strutture sanitarie disponibili e le modalità di accesso; quando i sintomi sono refrattari, in condizioni di inguaribilità e di terminalità o di imminenza della morte, deve sempre essere garantita la possibilità del ricorso alla sedazione palliativa profonda continua. Posto che la sedazione profonda applicata in modo appropriato – con un'adeguata verifica della mancata risposta dei sintomi alle terapie ed un uso proporzionato e monitorato dei farmaci³⁴ – non produce di regola l'accorciamento della vita del paziente ma talora la estende³⁵, non è superfluo porre in evidenza che la l. n. 219 appare in piena sintonia con un documento di fondamentale importanza del Comitato Nazionale per la Bioetica. Nella Raccomandazione n. 2 del parere del CNB sulla “Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte” (29 gennaio 2016) si afferma, infatti, che «anche il paziente che si inserisce in un processo di fine vita a seguito del rifiuto o rinuncia di uno o più trattamenti sanitari o all'uso di tecniche strumentali di sostegno delle funzioni vitali ha diritto di beneficiare della terapia del dolore e in caso di sofferenze refrattarie della sedazione profonda e continua»³⁶. Occorre ora chiedersi come accertare concretamente tale requisito, vale a dire se sia possibile verificare la prospettazione e la effettiva praticabilità della terapia del dolore e delle cure palliative – compresa la sedazione palliativa profonda – nei confronti di chi intende avvalersi dell'aiuto medico al suicidio.

Tale indagine non sarebbe di certo agevole – in particolare nella nostra realtà sanitaria – relativamente alle richieste di assistenza medica al suicidio provenienti da

³⁴ Si veda L. ORSI, *Sedazione terminale/palliativa: aspetti etici, quesiti clinici*, in *Riv. it. cure palliative*, n. 2/2012, 1 ss.; per la definizione di «refrattarietà del sintomo» si rinvia alle *Raccomandazioni della Società italiana di Cure Palliative (SICP)* sulla sedazione terminale/sedazione palliativa, 2007, 10.

³⁵ Cfr. E.M. BEUER, M.L. VAN DRIEL, L. MCGREGOR, *Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults*, in *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2015, 1.

³⁶ CNB, *Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte*, 29 gennaio 2016, 15, in *bioetica.governo.it*.

pazienti non ospedalizzati. Diversamente, l'accertamento può essere sicuramente effettuato riguardo alla tipologia di malati individuati dalla Corte costituzionale, che limita l'accesso all'aiuto al suicidio alle persone malate tenute in vita da un trattamento di sostegno vitale, dunque ospedalizzate o comunque in assistenza domiciliare.

Ciò consente anche di verificare l'accertamento dell'ulteriore requisito di natura procedurale – *sub* 2) – vale a dire il rispetto delle condizioni e delle modalità di esecuzione da parte di una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo l'intervenuto parere del comitato etico territorialmente competente.

7. La sentenza n. 242/2019 e il rischio di generare disorientamento nel dibattito etico e giuridico sulle questioni di fine vita

La concomitante sussistenza dei quattro requisiti di natura sostanziale per avvalersi dell'assistenza medica al suicidio e il rispetto delle condizioni e delle modalità di natura procedimentale indicate dalla sentenza n. 242/2019 appaiono coerenti nella direzione di delimitare il perimetro della non punibilità del suicidio assistito al fine di evitare abusi.

I requisiti, le condizioni e i limiti indicati dalla Corte nella prospettiva regolamentatrice risentono peraltro – come abbiamo già sottolineato – della elusione di alcuni nodi di fondo³⁷, che sono destinati a «ri-emergere» nella discussione pubblica. La sentenza n. 242/2019 rappresenta una tipologia inedita di decisione calibrata sulle peculiarità del caso concreto e, proprio in virtù della specificità della vicenda giudiziaria, rischia di generare ulteriore disorientamento nel dibattito etico e giuridico sulle questioni di fine vita.

Innanzitutto, come ho già osservato, non è agevole ricondurre la condizione esistenziale di Fabiano Antoniani (detto Dj Fabo), nel momento della richiesta di assistenza a morire, alla categoria del suicidio: siamo di fronte ad una persona malata che si è sottoposta per anni a trattamenti sanitari e a terapie sperimentali motivata da un tenace impulso «a vivere» anziché «a morire». In queste ipotesi si dovrebbe pertanto riflettere sull'opportunità di superare «le trappole semantiche e concettuali legate alla pigra ripetizione del termine suicidio»³⁸.

Di fronte all'impossibilità di procedere ad una differenziazione sul piano della

³⁷ Si vedano anche le riflessioni svolte al paragrafo 2.

³⁸ Vedi S. RODOTÀ, *La vita e le regole. Tra diritto e non diritto*, Milano 2006, 255, nell'ambito di una riflessione generale sulle questioni di fine vita.

tipicità, il malessere «è raddoppiato» dal fatto che è ancora vigente l'art. 580 c.p. nella formulazione prevista dal codice Rocco, in un'epoca in cui era ancora lontana l'irruzione della tecnica in tutte le stagioni della nostra esistenza.

Non soltanto un suicidio «atipico» e inimmaginabile nel 1930, ma anche «non paradigmatico» rispetto al dibattito mondiale sulla legalizzazione o sulla depenalizzazione del suicidio medicalmente assistito: le ipotesi principali che vengono in rilievo non riguardano richieste di assistenza al suicidio di persone malate che rinunciano al proseguimento di un trattamento di sostegno vitale e, al contempo, rifiutano la sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte.

Occorre rimarcare il fatto che la sedazione palliativa profonda continua è un trattamento sanitario che avvia la persona malata ad una morte naturale e ha come effetto l'annullamento totale della coscienza e un «sonno senza dolore» fino al momento del decesso. La sedazione profonda continua può essere percepita come un'angosciosa conclusione – secondo le parole della sentenza n. 242/2019: «[...] vissuta da taluni come una soluzione non accettabile»³⁹– ma non può certo essere ritenuta una modalità «non decorosa» per accompagnare il paziente nella fase finale della sua esistenza⁴⁰.

Sul punto è necessario avere piena consapevolezza, per evitare che la sentenza n. 242/2019 generi disorientamento o equivoci nel dibattito etico e giuridico sulle questioni di fine vita. Il diritto di beneficiare in caso di sofferenze refrattarie della sedazione palliativa profonda non viene garantito in modo omogeneo ed efficace nelle diverse realtà sanitarie del nostro Paese⁴¹. Anche in questa sede ribadisco con forza che tale diritto fondamentale deve ricevere una piena attuazione perché consente alla persona malata di morire senza dolore nel rispetto della sua dignità.

Tenendo conto anche delle osservazioni appena svolte, appare comprensibile che la «prima pronuncia» della Corte costituzionale – l'ordinanza n. 207/2018 – abbia posto questioni drammatiche e di difficile risoluzione alla classe medica⁴². Il medico dovrebbe contribuire alla realizzazione della scelta del paziente di accelerare la propria morte pur disponendo di un trattamento sanitario – la sedazione palliativa profonda continua – che non abbrevia la vita e consente di «dormire per non soffrire prima di morire», la cui attivazione però è rifiutata da una persona malata cosciente e in grado di autodeterminarsi⁴³.

³⁹ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, § 2.3.

⁴⁰ Sottolinea con chiarezza tale aspetto F. GIUNTA, *L'insostenibile sofferenza del vivere*, cit., 2.

⁴¹ Si vedano anche le riflessioni svolte nel paragrafo successivo.

⁴² Cfr. gli atti del convegno nazionale “*Il suicidio assistito tra diritto e deontologia*”, che si è tenuto a Parma il 18 ottobre 2019 sotto l'egida della FNOMCeO, in corso di pubblicazione.

⁴³ Cfr. M.B. MAGRO, *The last dance*, cit., anche per richiami bibliografici.

La sentenza n. 242/2019 della Consulta sembra prendere atto che si pone il medico in una situazione di conflitto profondo rispetto ai fini tradizionali della sua professione: pertanto prevede una scelta – e non un obbligo – da parte del medico di utilizzare le proprie competenze per un aiuto al suicidio della persona malata.

Tale presa di posizione conduce la sentenza della Corte a riconoscere e «certificare» un evidente «disallineamento» tra la l. n. 219/2017 e l’ordinanza n. 207/2018. Ed invero, la sentenza n. 242/2019 non ripropone l’idea di introdurre il diritto della persona malata a richiedere l’assistenza al suicidio tramite una modifica della l. n. 219/2017: un «innesto» di difficile attuazione in un tessuto normativo che si è posto l’obiettivo di valorizzare l’«incontro» tra l’autonomia decisionale del paziente e l’autonomia professionale del medico, con la finalità di superare una pervicace visione paternalistica senza mettere in discussione l’immagine tradizionale del medico costitutiva dello sfondo archetipico della sua professione.

La relazione medico-paziente delineata nella sentenza n. 242/2019 non presuppone l’equivalenza – che l’ordinanza n. 207/2018 sembrava prefigurare – tra la situazione in cui la morte sopravvenga per il decorso della malattia, in seguito all’interruzione di trattamenti di sostegno vitale, e l’assistenza al suicidio dove il decesso viene deliberatamente provocato. A questo punto del discorso si possono rileggere con ancora maggiore consapevolezza le parole della sentenza n. 242/2019 anche in riferimento alla questione dell’obiezione di coscienza del personale sanitario.

La sentenza della Consulta ribadisce che la l. n. 219/2017 riconosce «il diritto di rifiutare o interrompere qualsiasi trattamento sanitario, ancorché necessario alla propria sopravvivenza» e, pertanto, «il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa del paziente»⁴⁴. Viceversa, introducendo il tema dell’obiezione di coscienza, la sentenza n. 242/2019 afferma che «la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita ad escludere la punibilità dell’aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato»⁴⁵.

Dunque. Il legislatore del 2017 non ha contemplato un’apposita norma che regoli l’obiezione di coscienza da parte del personale sanitario perché tale opzione sarebbe stata incoerente con una disciplina che intende promuovere e valorizzare una relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico senza necessità di procedere ad un

⁴⁴ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, § 2.3.

⁴⁵ Corte cost., sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, § 6 già citato in precedenza al § 2 del presente scritto.

contemperamento tra valori confliggenti. Al contrario, la sentenza n. 242/2019 non ritiene necessario introdurre l'istituto dell'obiezione di coscienza perché non prevede alcun obbligo da parte del medico (e della struttura sanitaria) di utilizzare le proprie competenze per aiutare la persona malata a morire.

8. Non «soltanto» ferite di un'anima, non «ancora» tormenti di un corpo legato ad una macchina

Come si è più volte posto in evidenza la «doppia pronuncia» della Corte costituzionale finisce per affrontare la drammatica e complessa questione del suicidio medicalmente assistito con un approccio «modellato» sul caso di origine «Antoniani/Cappato».

Da più parti viene posto l'interrogativo se possa ritenersi discriminatorio negare l'assistenza medica al suicidio alle persone malate che si trovino nelle identiche situazioni soggettive descritte dalla Corte costituzionale senza che siano, per caratteristiche contingenti della loro patologia, nella condizione di rinunciare al proseguimento di trattamenti di sostegno vitale.

Alcuni settori della letteratura giuridica affermano che sulla base del principio di uguaglianza – nelle forme di non discriminazione, ragionevolezza e proporzionalità – gli ambiti di non punibilità dell'assistenza medica a morire non possono limitarsi alla fattispecie oggetto della «doppia pronuncia» della Consulta: la dipendenza da trattamenti di sostegno delle funzioni vitali non può essere considerata un requisito essenziale. In questa direzione, per ciò che riguarda i requisiti per avanzare una richiesta di aiuto a morire, si ritiene necessaria – in sintonia con le legislazioni dei Paesi che hanno legalizzato il suicidio medicalmente assistito e l'eutanasia – la concomitante presenza di tre requisiti: a) un grave e irreversibile stato patologico accertato; b) un intollerabile stato di sofferenza fisica e/o psicologica; c) una volontà autentica⁴⁶.

⁴⁶ Si veda il documento di sintesi del gruppo di lavoro in materia di aiuto medico a morire, coordinato dal Prof. Carlo Casonato presso l'Università degli Studi di Trento, *Aiuto medico a morire e diritto: per la costruzione di un dibattito pubblico plurale e consapevole*, in *Biodiritto, BLJ, online first*: 11 settembre 2019, 1 ss. Cfr. inoltre le osservazioni di A. VALLINI, *Morire è non essere visto*, cit., 816 ss., laddove auspica una soluzione normativa che ponga su un piano di pari tutela le persone gravemente malate che possono suicidarsi autonomamente, quelle che non potrebbero provvedere direttamente ad attivare il processo letale e quelle che, allo stesso scopo, richiedono l'attività di terzi. Di segno opposto, le riflessioni di L. Eusebi, secondo il quale non sarebbe auspicabile un intervento parlamentare per estendere l'ambito di ammissibilità dell'assistenza al suicidio, «vanificando in tal modo tutti i *caveat* della Corte costituzionale», e «percorrere fino in fondo il declivio che conduce ad autorizzare l'eutanasia» (L. EUSEBI, *Il suicidio assistito dopo Corte Cost. n. 242/2019*, cit., 6 s.). Sui requisiti richiesti dalle proposte di

Di fronte alla molteplicità e alla diversità delle condizioni cliniche che possono essere oggetto di valutazione in una simile prospettiva, il contributo che posso fornire consiste esclusivamente nel segnalare e porre in evidenza l'estrema problematicità dell'opera di verifica della capacità di prendere decisioni consapevoli da parte della persona malata. Vale a dire: in quali costellazioni di casi il paziente può essere considerato realmente autonomo e dunque la sua richiesta di assistenza medica a morire libera e responsabile?

Nei casi “tradizionali” di suicidio caratterizzato dalle *indecifrabili* «ferite dell'anima» ho sostenuto che non sia possibile stabilire o tipizzare criteri sicuri, né identificare soggetti in grado di accertare la «genuinità» di una richiesta di assistenza al suicidio. Al contrario, nei casi descritti dalla Corte costituzionale, il medico ha sicuramente le competenze per verificare la validità della richiesta di un paziente, il cui corpo malato e sofferente è tenuto in vita a mezzo di trattamento di sostegno vitale.

Nella vasta gamma di ipotesi nelle quali, invece, la richiesta di assistenza al suicidio proviene da un malato gravemente sofferente per via di patologie che non richiedono trattamenti sanitari di sostegno vitale suscettibili di essere interrotti – e dunque da un paziente anche non morente né nella fase finale della sua esistenza – la questione si presenta estremamente complessa. L'analisi di questa tematica richiederebbe osservazioni approfondite e competenze specialistiche.

In questa sede, mi limito a ribadire con forza che tutti dovremmo concordare con questo assunto di partenza: nell'impostare un confronto tra le diverse posizioni relative all'assistenza medica a morire è la validità della richiesta e non solo l'intensità della sofferenza a costituire il presupposto assolutamente imprescindibile. Nel dibattito tra discipline scientifiche, nel confronto tra le forze politiche, nel discorso pubblico si deve riconoscere in questo elemento il baricentro.

9. Il pre-requisito del coinvolgimento in un percorso di terapia del dolore e di cure palliative: un diritto umano fondamentale

I diversi orientamenti dovrebbero dunque convergere su un aspetto che considero di fondamentale importanza: per garantire un'autentica libertà di scelta nelle de-

legge in discussione in Parlamento – comma 2, art. 3; C. 1586, artt. 1 e 2 – v. C. CUPELLI, *Il cammino parlamentare di riforma dell'aiuto al suicidio. Spunti e prospettive del caso Cappato, fra Corte costituzionale e ritrosia legislativa*, in www.penalecontemporaneo.it, 19 aprile 2019.

cisioni di fine vita, occorre sempre fornire alla persona malata la possibilità di un'adeguata assistenza sanitaria, in particolare tutte le cure palliative praticabili nonché diagnosi e terapie psicologiche e psichiatriche.

Ecco, allora, che manifesto un convinto apprezzamento per le indicazioni della sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale laddove ribadisce con chiarezza che: «Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative deve costituire [infatti] “un requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente” (come già prefigurato dall'ordinanza n. 207 del 2018)»⁴⁷.

In questa prospettiva assume particolare rilievo il richiamo della sentenza n. 242/2019 al parere del Comitato Nazionale per la Bioetica – «Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito» – del 18 luglio 2019⁴⁸. La Corte pone in evidenza che in tale documento il CNB ha sostenuto, all'unanimità, che la necessaria offerta reale e concreta di cure palliative e di terapia del dolore dovrebbe rappresentare una «priorità assoluta per le politiche della sanità»⁴⁹.

Ragionando diversamente – prosegue la sentenza della Corte costituzionale – si cadrebbe «nel paradosso di non punire l'aiuto al suicidio senza avere prima assicurato l'effettività del diritto alle cure palliative»⁵⁰. Ritengo che quest'ultima affermazione sia di grande significato – anche per una discussione «responsabile» in sede parlamentare – in quanto richiede un effettivo e previo coinvolgimento della persona malata in un percorso di terapia del dolore e di cure palliative.

Questa presa di posizione della Corte costituzionale può dirsi in piena sintonia con l'opinione espressa da chi scrive all'interno del citato documento del Comitato Nazionale per la Bioetica – «Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito» – nell'ambito della posizione c)⁵¹. Il riferimento è in particolare alla parte centrale di questo «terzo orientamento», il contenuto della quale può essere opportuno qui riportare. «La libertà di autodeterminazione, che deve costituire il presupposto imprescindibile per parlare di una richiesta consapevole di assistenza a morire, è presente solamente in

⁴⁷ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, § 2.4.

⁴⁸ Il testo è stato redatto dai Professori Lorenzo d'Avack, Laura Palazzani, Carlo Casonato, Antonio Da Re e da chi scrive (può essere consultato al *link* <http://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte/riflessioni-bioetiche-sul-suicidio-medicalmente-assistito/>).

⁴⁹ Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, § 2.4 *Considerato in diritto*, laddove riprende il citato parere del CNB, 20.

⁵⁰ Corte costituzionale, sent. 242/2019, § 2.4. *Considerato in diritto*.

⁵¹ CANESTRARI, DA RE, § 5, *Opinioni etiche e giuridiche all'interno del CNB, Posizione c)*, in *CNB, Riflessioni*, cit., 24 ss.

un contesto concreto in cui i pazienti godano di un’effettiva e adeguata assistenza sanitaria, ove possano accedere a tutte le cure palliative praticabili – compresa la sedazione palliativa profonda – e nel quale siano supportati da una consona terapia medica, psicologica e psichiatrica. Accesso alle cure, strutture adeguate e risorse appropriate devono essere garantite a prescindere da quella che sarà la decisione legislativa in materia: la richiesta di assistenza a morire non deve mai essere una scelta obbligata come avverrebbe laddove uno stato di sofferenza, che oggettivamente sarebbe mutabile e riducibile, fosse reso insuperabile dalla mancanza di supporto e assistenza adeguati.

In proposito allora si intende manifestare, proprio in questa sede, la grande preoccupazione riguardo al contenuto del “Rapporto sullo stato di attuazione della l. 15 marzo 2010, n. 38 *“Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”*, che il Ministero della Salute ha inviato al Parlamento nel gennaio 2019⁵². Come si legge con chiarezza nel documento, la qualità e l’offerta assistenziale per le cure palliative in regime residenziale e domiciliare presenta forti disomogeneità sul territorio nazionale, non certo per inadeguatezza dei professionisti sanitari ma per note e gravi carenze strutturali. Ciò si traduce nel fatto che in alcune regioni italiane oggi non viene garantito un diritto umano fondamentale: quello del paziente di ricevere nella fase finale della propria esistenza un effettivo supporto finalizzato al controllo della sofferenza nel rispetto della sua dignità. Si è pienamente consapevoli che una maggiore diffusione e un potenziamento della terapia del dolore e delle cure palliative non possono eliminare del tutto le richieste di assistenza medica a morire, ma potrebbero ridurle in maniera significativa, escludendo quelle dettate da cause legate ad una sofferenza alleviabile. In via prioritaria si intende, dunque, ribadire con forza la necessità di rendere omogeneo l’accesso alle cure palliative sul territorio nazionale»⁵³.

Dopo aver messo in rilievo che i concreti pericoli di un “pendio scivoloso” appaiono accentuati nella realtà sanitaria italiana, l’esposizione di questa posizione nell’ambito del documento del CNB si conclude con alcune riflessioni relative al rapporto tra i concetti e gli istituti previsti della l. n. 219/2017 e la questione del suicidio medicalmente assistito. Il riferimento, dunque, è non soltanto alla sedazione palliativa profonda prevista dall’art. 2 («Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita»), ma anche alla disciplina delle disposizioni anticipate di trattamento (art. 4) e della pianificazione condivisa delle cure (art.

⁵² http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2814.

⁵³ CANESTRARI, DA RE, § 5, *Opinioni etiche e giuridiche all’interno del CNB, Posizione c)*, cit., 25.

5) rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta.

«Purtroppo la l. n. 219/2017 non ha ancora avuto piena attuazione e non è ancora sufficientemente conosciuta nella realtà sanitaria del nostro Paese. Ora, è profonda convinzione di chi sostiene tale posizione che l'indispensabile applicazione, valorizzazione e diffusione dei contenuti e degli istituti previsti da tale normativa possa avere un potente effetto preventivo e dissuasivo nei confronti, in generale, delle condotte suicidarie dei pazienti e, in particolare, di moltissime, anche se non di tutte le richieste di suicidio medicalmente assistito (di assistenza medica a morire)»⁵⁴.

⁵⁴ CANESTRARI, DA RE, § 5, *Opinioni etiche e giuridiche all'interno del CNB, Posizione c)*, cit., 26.