



ANTONIO DI BIASE

Professore associato di Istituzioni di Diritto privato – Università degli Studi di Foggia

RIFLESSIONI IN TEMA DI SUICIDIO ASSISTITO ED AUTODETERMINAZIONE TERAPEUTICA: NOTA A CORTE COST. N. 135/2024

SOMMARIO: 1. La questione di legittimità costituzionale: la dipendenza del paziente da meccanismi di sostegno vitale. – 2. I precedenti costituzionali degli anni 2018, 2019 e 2022: suicidio assistito ed eutanasia attiva. – 3. Il nuovo ed ultimo intervento della Corte costituzionale e la ritenuta perdurante legittimità del sistema. – 4. Considerazioni a margine di un intervento non risolutivo.

1. – Ancora un rilevante intervento della Corte costituzionale sul dibattuto tema della legittimità – o meglio, dei confini di legittimità – del c.d. suicidio assistito ¹.

Questa la fattispecie, drammaticamente simile a tante: ad un soggetto viene diagnosticata una grave forma di sclerosi multipla, con patologia del sistema nervoso centrale e progressiva invalidità. I sintomi, dapprima lievi, si vanno nel tempo aggravando, con un peggioramento significativo delle sue condizioni di vita: il paziente manifesta dapprima difficoltà di deambulazione, poi necessita di una sedia a rotelle, successivamente non può più muoversi dal letto, con immobilizzazione degli arti inferiori e di quelli superiori, rimanendogli soltanto una residua capacità di utilizzazione del braccio destro. Il tutto, però, senza che il soggetto fosse sottoposto a trattamenti di sostegno vitale, né che lo stadio di avanzamento della sua patologia richiedesse il ricorso a tali trattamenti. A questo punto il malato inizia a maturare il proposito di porre fine alla propria vita e tale convinzione diventa, col tempo, sempre più

¹ Si tratta di Corte cost. 18 luglio 2024, n. 135, in *Fam. e dir.*, 2024, 1069 ss., con nota di M. DOGLIOTTI, *Il faticoso e difficile cammino della Corte costituzionale verso l'affermazione di un dignitoso fine vita*. Tra gli innumerevoli commenti si possono ricordare, a titolo puramente esemplificativo, i seguenti: U. ADAMO, *La Corte costituzionale ritorna ancora sull'aiuto al suicidio, ma non scrive l'ultima parola*, in www.lecostituzionaliste.it; M. AZZALINI, *Furfanti, Cavalieri, Gentili: il "passo di lato" della Consulta nell'esaurito dibattito sullo statuto del fine-vita*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2024, 1240 ss.; P. BENCIOINI-M. PICCINNI-N. ZAMPERETTI, *Dalla sentenza n. 135/2024 sull'aiuto medico al suicidio una significativa apertura alla dimensione clinica*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2024, 1233 ss.; F. CONSULICH, *La morte medicalmente assistita e la tentazione dell'overruling: il significato ambiguo del trattamento di sostegno vitale*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2024, 1071 ss.; G. GIARDINA, *Riflessioni sulla sentenza n. 135/2024 della Corte costituzionale: un'occasione perduta*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2024, 1227 ss.; C.D. LEOTTA, *La disciplina del fine vita dopo la sentenza n. 135 del 2024 della Corte costituzionale*, *Riv. it. med. legale*, 2023, 307 ss.; A. RUGGERI, *La Consulta equilibrista sul filo del fine vita*, in *Giur. cost.*, 2024, 931 ss.; P. VERONESI, *A prmissima lettura: se cambia, come cambia e se può cambiare il "fine vita" in Italia dopo la sentenza n. 135 del 2024*, in www.biodiritto.org. In tema si vedano anche le autorevoli osservazioni di P. ZATTI, *Sacralità e dignità del vivere e del morire: due valori interconnessi*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2024, 1250 ss. Per ulteriori apprendimenti AA. VV., *Dialogo sul suicidio medicalmente assistito*, Consulta Scientifica del Cortile dei Gentili, a cura di C. Caporale, L. Palazzani.



ferma e salda, tanto da determinare il soggetto a prendere contatto con un'associazione privata e con il suo rappresentante legale, il quale lo pone in rapporto con una clinica svizzera, abilitata, secondo la legislazione elvetica, a far assumere al malato un farmaco letale.

L'associazione, a questo punto, si fa carico di alcuni costi, tra cui le spese di trasporto in Svizzera, con il noleggio di un furgone; questo viene guidato da due persone, anch'esse, probabilmente, facenti parte della predetta associazione. Nel paese elvetico il paziente – dopo essere stato visitato ed ascoltato da alcuni medici, anche per accertare la sussistenza dei presupposti giuridici per l'avvio della procedura di suicidio assistito, ed essersi confrontato con i propri familiari – decide e conferma la propria volontà di porre fine alla vita: così assume un farmaco letale e, dopo pochi minuti, muore.

Il rappresentante legale dell'associazione e le due persone che hanno guidato il furgone al rientro in Italia si autodenunciano, com'è in uso tra i membri dell'associazione stessa.

Il Giudice per le Indagini Preliminari del Tribunale di Firenze – competente *ratione loci* – trovandosi di fronte ad una richiesta di archiviazione del procedimento per insussistenza del reato *ex art. 580 c.p.* e non condividendo le conclusioni cui era giunta la Procura della Repubblica, solleva questione di illegittimità costituzionale di tale norma incriminatrice, nella parte in cui prevede, tra i requisiti per la non punibilità di chi agevola l'aiuto al suicidio, quello dell'essere la persona interessata “tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale”.

Secondo il G.I.P., poiché il soggetto che ha deciso di morire non era tenuto in vita di apparecchi di sostegno vitale e poiché tale requisito costituisce uno dei presupposti necessari per la non punibilità del reato di “Istigazione o aiuto al suicidio” di cui all'art. 580 c.p., così come risultante dall'intervento di Corte cost. n. 242/2019², gli indagati sono astrattamente punibili e non può essere accolta la richiesta di archiviazione. Nel contempo, però il giudice dubita fortemente della legittimità della norma e, con una lunga ed articolata ordinanza, sospende il procedimento penale in corso e dichiara “rilevante e non manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p., come modificato dalla sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale, nella parte in cui richiede che la non punibilità di chi agevola l'altrui suicidio sia subordinata alla circostanza che l'aiuto sia prestato a una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, per contrasto con gli artt. 2, 3, 13, 32 e 117 Cost., quest'ultimo in riferimento agli artt. 8 e 14 della Convenzione EDU”³.

Più precisamente, secondo il Giudice toscano il requisito dell'essere il soggetto che chiede di morire “tenuto in vita da trattamento di sostegno vitale” genera una pluralità di dubbi di compatibilità costituzionali, riconducibili essenzialmente a quattro ordini di ragioni, così riassumibili.

In primo luogo, esso determinerebbe un'irragionevole disparità di trattamento – contraria all'art. 3 Cost. – fra situazioni sostanzialmente identiche, posto che, se sussistenti le altre condizioni per la non punibilità dell'aiuto al suicidio (ossia l'irreversibilità della malattia; l'intollerabilità soggettiva delle sofferenze che ne derivano e la piena capacità di autodeterminazione dell'interessato), l'avverarsi del

² Sulla quale *infra*.

³ Si veda Trib. Firenze, sez. G.I.P., ord. 17 gennaio 2024, n. 32. Il testo integrale della pronuncia si può leggerlo, tra gli altri, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2024, 360 ss., con nota di F. GIARDINA-P. MALACARNE, *L'art. 580 cod. pen. è ancora incostituzionale? Aiuto a morire e dipendenza da «trattamenti di sostegno vitale»*. Tra i commenti alla pronuncia si segnalano: C. D. LEOTTA, *L'aiuto al suicidio del malato tenuto in vita da un trattamento di sostegno vitale: l'art. 580 c.p. torna davanti alla Corte costituzionale*, in *Consulta on line*, 2/2024, 693 ss.; F. PIERGENTILI-A. RUGGERI-F. VARI, *Verso la “liberalizzazione” del suicidio assistito? (Note critiche ad una questione di costituzionalità sollevata dal Gip di Firenze)*, in *www.dirittifondamentali.it*, 1/2024, 20 febbraio 2024, 219 ss.



requisito in parola (ossia che la persona sia tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale) sarebbe frutto di circostanze del tutto accidentali, legate alla multiforme variabilità dei casi concreti quali le caratteristiche ed il modo di manifestarsi della patologia, la situazione clinica generale dell'interessato, le terapie disponibili in quel momento storico ed in quel luogo, nonché le stesse scelte del paziente. In questo modo si negherebbe, in maniera iniqua, l'accesso al suicidio assistito a pazienti che, anche se non tenuti in vita da "macchine" per il sostegno vitale, sono comunque affetti da patologie irreversibili e costretti a patire sofferenze intollerabili, e vengono così esposti ad una agonia altrettanto estenuante.

La differenza nella disciplina attuale di tali situazioni, prosegue il Giudice rimettente, è irragionevole, perché l'unico elemento che in ipotesi le distingue – ossia la dipendenza da trattamenti di sostegno vitale – non porta con sé, se presente, alcun elemento di segno positivo tale da giustificare una considerazione più benevola da parte dell'ordinamento, né al contrario manifesta, se assente, maggiore meritevolezza o bisogno di pena dei terzi agevolatori. In altri termini, il requisito in esame appare incapace di operare una selezione razionale tra situazioni simili ed è irrilevante per la tutela dei diritti e dei valori che la Corte costituzionale ritiene essenziali nel bilanciamento di interessi sotteso alla regolazione della materia dell'aiuto a morire, ossia la tutela della vita, da un lato, ed i principi di autodeterminazione e di tutela della dignità umana, dall'altro. Il mantenimento di questo presupposto, allora, conclude il Giudice *a quo*, finisce con il determinare una discriminazione irragionevole e sproporzionata tra diverse categorie di pazienti, "senza che tale disparità possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile".

In secondo luogo, il Giudice rimettente denuncia una violazione dei principi di libertà di cui agli artt. 2, 13 e 32 Cost., nella misura in cui il requisito in parola comporterebbe una compressione della libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, non giustificata da controinteressi parimenti rilevanti: in altre parole la necessaria sussistenza del requisito in esame può avere un effetto "perverso" e indurre la persona ad acconsentire a trattamenti di sostegno vitale con l'unico fine di soddisfare, in modo puramente formalistico, la predetta condizione, per poi, immediatamente dopo, chiedere l'accesso alla procedura per la morte assistita. Tanto in palese contrasto con l'assetto ordinamentale attualmente in vigore, come derivante dall'art. 1, comma 5, legge n. 219/2017, che rimette la scelta se "se" e del "come" curarsi unicamente ad un atto di volontà libero e non condizionato del paziente.

Altro principio che viene compresso dall'attuale quadro normativo è, a giudizio del Giudice fiorentino, quello del rispetto della dignità umana: mantenendo l'attuale assetto normativo il malato irreversibile e sofferente, infatti, per poter decidere di morire si vedrebbe costretto ad attendere l'inevitabile aggravamento della malattia sino allo stadio che renda necessaria l'attivazione di trattamenti di sostegno vitale, così prolungando le proprie sofferenze e quelle dei propri "cari". Anche in questo senso il requisito in parola rischierebbe di produrre risultati antitetici all'obiettivo di tutela della vita, posto che i malati potrebbero essere indotti a darsi la morte in completa autonomia, fuori da ogni controllo "legale" e con modalità prive di adeguata supervisione medica, pur di non affrontare un simile percorso: la scelta di morire, già di per sé connotata da profili di insita tragicità, correrebbe il rischio di divenire altresì "crudele" ed incontrollata⁴.

⁴ Del resto, sottolinea il Giudice *a quo*, "richiedere che ai fini della liceità dell'aiuto al suicidio il paziente debba spingersi ai propri limiti – vedendo la propria condizione di salute degenerare e sobbarcandosi un carico aggiuntivo di sofferenze – significa pretendere – in mancanza di concreti obiettivi di tutela a cui ciò potrebbe essere funzionale – una resistenza e uno spirito di sacrificio giustificabili solo con una malintesa idea di etica, virtù e 'perfezione morale', inammissibile in un ordinamento ispirato al principio personalista, di cui il principio di dignità può ritenersi un riflesso".



Da ultimo, richiedere, ai fini della liceità dell'aiuto al suicidio, la dipendenza del paziente da meccanismi di sostegno vitale comporterebbe, nella prospettiva del Giudice *a quo*, un contrasto anche rispetto al sistema sovranazionale di tutela dei diritti fondamentali della persona, in particolare della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, rilevante come parametro interposto di legittimità costituzionale ex art. 117 Cost., in quanto per questa via si realizzerebbe un'indebita interferenza nel diritto alla vita privata e familiare del malato ed alla sua libertà di autodeterminazione, di per sé non necessaria nella prospettiva della tutela del diritto alla vita ed anzi contraria al principio di non discriminazione, stante la rilevata natura accidentale del requisito in parola.

2. – Come ampiamente noto, l'antecedente logico che ha costituito il substrato materiale per la pronuncia in commento è rappresentato dalla celeberrima sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 22 novembre 2019⁵, preceduta da una ordinanza di analogo contenuto⁶, a mezzo della quale è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. nella parte in cui non esclude la punibilità di

⁵ La sentenza si trova pubblicata, ad esempio, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2020, 357 ss., con nota di M. AZZALINI, *Prigionieri del noto? La Consulta chiude il caso Cappato ma rischia di perdersi nel "labirinto" del fine vita*; in *Fam. e dir.*, 2020, 221 ss., con nota di P. PITTARO, *Il dibattuto tema del suicidio assistito: quando la Corte costituzionale supplisce il legislatore*. Moltissimi i commenti alla pronuncia in oggetto, tra i quali si possono ricordare, a titolo puramente esemplificativo, i seguenti: S. CANESTRARI, *Una sentenza "inevitabilmente infelice": la "riforma" dell'art. 580 c.p. da parte della Corte costituzionale*, in *disCrimen*, 8 settembre 2020, 19 ss.; M. DOGLIOTTI, *Il suicidio assistito ed il difficile rapporto tra i poteri dello Stato*, in *Fam. e diritto*, 2022, 232 ss.; M. DONINI, *Libera nos a malo. I diritti di disporre della propria vita per la neutralizzazione del male*, in *www.sistemapenale.it*; G. FIANDACA, *Fino a che punto è condivisibile la soluzione costituzionale sul caso Cappato?*, in *disCrimen*, 3 febbraio 2020, 15 ss.; R. MASONI, *Il sì della Consulta in tema di suicidio assistito: riflessioni e condizioni*, in *IUS*, 17 dicembre 2019; A. MORRONE, *Il caso e la sua legge. Note sulla vicenda Cappato/Dj Fabo*, in *Fam. e diritto*, 2022, 244 ss.; A. NAPPI, *Vite strappate alla morte e rifiuto di dogmi: il proficuo dialogo tra scienza penalistica e giurisprudenza*, in *Cass. pen.*, 2020, 984 ss.; P. PITTARO, *Il dibattuto tema del suicidio assistito: quando la Corte Costituzionale supplisce il legislatore*, in *Fam. e diritto*, 2022, 257 ss.; L. RISICATO, *La Consulta e il suicidio assistito: l'autodeterminazione "timida" fuga il rischio di chine scivolose*, in *www.laegislazionepenale.eu*, 16 marzo 2020. Per ulteriori approfondimenti, anche con riferimento alla giurisprudenza di merito successiva, si veda: E. FALLETTI, *L'accertamento dei presupposti del suicidio assistito di fronte ai giudici di merito*, nota a Trib. Ancona 26 marzo 2021 e 9 giugno 2021, in *Giur. it.*, 2022, 68 ss.

⁶ Il riferimento è a Corte cost. 16 novembre 2018, n. 207, in *Foro it.*, 2019, 1875 ss., con note di G. GENTILE, *La Corte costituzionale e il suicidio assistito, tra giurisdizione e politica*; R. ROMBOLI, *Il «caso Cappato»: una dichiarazione di incostituzionalità «presa, sospesa e condizionata», con qualche riflessione sul futuro della vicenda*; e S. VINCIGUERRA, *L'aiuto al suicidio in Italia (art. 580 c.p.). Alcune osservazioni tra storia e attualità*. La pronuncia è reperibile anche, tra le altre, in *Giur. cost.*, 2018, 2459, con nota di A. ANZON DEMMIG, *Un nuovo tipo di decisione di "incostituzionalità accertata ma non dichiarata"*; in *Corr. giur.*, 2019, 457 ss., con nota di E. BILOTTI, *Ai confini dell'autodeterminazione terapeutica. Il dialogo tra il legislatore e il giudice delle leggi sulla legittimità dell'assistenza medica al suicidio*; in *Fam. e dir.*, 2019, 229 ss., con nota di E. FALLETTI, *Suicidio assistito e principio di separazione dei poteri dello Stato. Note sul 'caso Cappato'*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2019, 241, con nota di 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*. Si vedano anche i seguenti contributi: AA.VV., *Il caso Cappato: riflessioni a margine della Corte Costituzionale n. 207 del 2018*, a cura di F.S. Marini, C. Cupelli, ESI, Napoli, 2019; A. MORRONE, *Il 'caso Cappato' davanti alla Corte costituzionale. Riflessioni di un costituzionalista*, in *www.forumcostituzionale.it*; 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 ad evitare un'agonia lenta e non dignitosa*, in *www.biodiritto.org*, 12 aprile 2019; A. SANTORUSSO-P. BELLOLI, *Paradossi nel procedimento Cappato. Tre aporie generate dall'art. 580 c.p. a proposito dell'aiuto al suicidio*, in *www.giurisprudenzapenale.com*; C. TRIPOLDINA, *Quale morte per gli "immersi in una notte senza fine"?*, in *www.biodiritto.org*. Singolare la tecnica adottata dalla Corte: emissione di un'ordinanza "interlocutoria" in cui sostanzialmente si pronuncia sulla parziale fondatezza della questione di legittimità ma sospende il giudizio a termine, sperando in un intervento del Parlamento; trascorso inutilmente tale periodo, emissione di una sentenza che "fa proprio" il contenuto della precedente ordinanza. Per una serrata critica a tale *modus procedendi* si rinvia, su tutti, a A. MORRONE, *Il caso e la sua legge. Note sulla vicenda Cappato/Dj Fabo*, cit., 247 ss.



chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento)⁷ – ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti – agevoli 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 reputi 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.

Quattro dunque, a giudizio del Giudice delle leggi, le condizioni in presenza delle quali l’attività di aiuto al suicidio descritta dalla norma penale viene considerata lecita, ossia che:

- la persona che ha inteso porre fine alla propria vita sia affetta da una patologia irreversibile, ossia incurabile;
- la patologia sia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, ritenute dal paziente intollerabili;
- il soggetto sia tenuto in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale;
- ciononostante resti capace di prendere decisioni libere e consapevoli (da qui, sembra di capire, l’espressa esclusione del suicidio assistito dei malati psichiatrici).

Tale decisione, dunque, pronunciandosi in un caso che aveva avuto notevole eco mediatico⁸, circoscrive l’area della non punibilità dell’aiuto al suicidio alla sussistenza concorrente e simultanea dei quattro requisiti sopra indicati, in presenza dei quali, in estrema sintesi, il diritto alla vita “cede” rispetto alla libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze e condurlo alla morte: libertà che, a detta della Corte, in questo caso il divieto assoluto di aiuto al suicidio comprimerebbe ingiustificatamente ed irragionevolmente. Come a dire che, se chi è sottoposto a trattamenti di sostegno vitale è considerato dall’ordinamento – ed in particolare dalla già citata legge n. 219/2017 – in diritto di interromperli e di porre così fine alla propria vita, non è ravvisabile la ragione per cui la stessa persona non possa decidere di concludere la propria esistenza con l’aiuto di terzi, in presenza delle quattro condizioni appena viste: in altri termini, se già l’ordinamento permette al paziente di concludere la propria vita rifiutando le cure ed i trattamenti sanitari, è irragionevole continuare a non consentire al medico di aiutarlo a porre termine alla sua esistenza

⁷ Trattasi della c.d. legge in materia di “biotestamento” che, per quanto in questa sede interessa, riconosce ad ogni persona capace di agire il diritto di rifiutare *ab origine*, oppure di interrompere dopo l’inizio, qualsiasi trattamento sanitario, ancorché necessario alla propria sopravvivenza, comprendendo espressamente nella nozione anche i trattamenti di idratazione e nutrizione; diritto inquadrato nel contesto della relazione di cura e fiducia tra paziente e medico, sul quale ultimo grava l’obbligo di rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo.

⁸ La fattispecie in questione ha visto tristemente protagonista il sig. Fabiano Antoniani, chiamato “Dj Fabo”, il quale, in seguito ad un gravissimo incidente stradale, era divenuto tetraplegico, affetto da cecità bilaterale corticale, non autonomo nella respirazione (necessitando dell’ausilio, pur non continuativo, di un respiratore e di periodiche asportazioni di muco), nell’alimentazione (veniva nutrito in via intraparietale) e nell’evacuazione ed era altresì percorso da ricorrenti spasmi e contrazioni, produttivi di acute sofferenze, che non potevano essere del tutto lenite farmacologicamente, se non attraverso il ricorso alla sedazione profonda. Conservava però intatte le proprie capacità intellettive. Dopo lunghi ed estenuanti ricoveri ospedalieri e tentativi di cure, anche sperimentali, l’Antoniani, sempre lucido e presente a se stesso, decide di porre termine alla propria esistenza e, per porre atto a tale ultimo estremo gesto, si reca in una clinica Svizzera, accompagnato dall’esponente del Partito Radicale Marco Cappato. Tornato dal viaggio nel paese elvetico, il Cappato si autodenuncia ai carabinieri e viene rinviato a giudizio ai sensi dell’art. 580 c.p. per istigazione e aiuto al suicidio.



in modo più veloce, laddove il malato ritenga tale ultima scelta maggiormente dignitosa per la propria esistenza.

Sempre, beninteso, in presenza delle quattro condizioni sopra elencate, la cui sussistenza, proprio per la rilevanza e delicatezza dei valori in gioco, deve essere seguita dal parere del comitato etico competente ed accertata da strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale, alle quali ultime spetterà altresì verificare le relative modalità di esecuzione del suicidio, che dovranno essere evidentemente tali da “evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze”.

Concludendo, con la pronuncia appena sintetizzata la Consulta rimuove una condizione di irragionevolezza del combinato disposto di cui all’art. 580 c.p. e dell’art. 1, comma 5, legge n. 219/2017, rappresentata dalla circostanza di negare al malato, che già potrebbe lasciarsi morire rifiutando o interrompendo trattamenti di sostegno vitale, di anticipare il decesso con un proprio gesto personale, seppur in qualche modo preparato da altri, in un contesto medicalmente assistito.

Se questo arresto giurisprudenziale è sicuramente importante e significativo, più in là la Corte però non va: in una successiva pronuncia⁹ essa viene chiamata a pronunciarsi in ordine alla ammissibilità di un *referendum* abrogativo per la parziale eliminazione dal mondo giuridico, e quindi la depenalizzazione, del reato di omicidio del consenziente, di cui all’art. 579 c.p., salvo il caso in cui la persona che chieda di morire e della quale si cagioni la morte sia un minore, un incapace, o comunque un soggetto il cui consenso non si sia formato in modo libero ed integro.

È la norma, in sostanza, che punisce penalmente ed anche in maniera molto severa – è infatti prevista la reclusione da sei a quindici anni – l’eutanasia, che, ricordiamolo, differisce nettamente (quantomeno sul piano teorico) dalla fattispecie del suicidio assistito (che entra invece in gioco con riferimento all’art. 580 c.p.), in quanto, nel primo caso, si discorre di una possibile non punibilità di un medico che *somministri direttamente* farmaci letali su richiesta del paziente con lo scopo di provocarne la morte immediata; nel secondo, invece, è il paziente che compie *direttamente* ed *autonomamente* l’ultimo inesorabile atto che provoca la morte, seppur questo sia reso possibile grazie alla determinante collaborazione del medico, il quale abbia prescritto e offerto il prodotto mortale.

Entrambe le norme in rilievo – ossia l’art. 579 c.p., che configura il delitto di omicidio del consenziente ed il successivo art. 580 c.p., che invece incrimina l’aiuto (oltre che l’istigazione) al suicidio – riflettono, nel loro insieme, l’intento del legislatore del codice penale del 1930 di tutelare la vita umana anche nei casi in cui il titolare del diritto intenderebbe rinunciarvi, sia *manu alius* (nella fattispecie contemplata nell’art. 579 c.p.), sia *manu propria*, ma con l’ausilio di altri (art. 580 c.p.). Esclusa una reazione sanzionatoria nei confronti dello stesso autore dell’atto abdicativo, anche nei casi in cui que-

⁹ Il riferimento è a Corte cost. 2 marzo 2022, n. 50, in *Foro it.*, 2022, I, 1206 ss. Tra le innumerevoli note di commento si possono ricordare le seguenti: A. ALBERTI, *L’omicidio del consenziente come norma a contenuto costituzionalmente vincolato o a contenuto necessario/obbligatorio? Brevi note alla sentenza n. 50 del 2022*, in *www.federalismi.it*, 2024, 176 ss.; M. DONINI, *L’inammissibilità del referendum sul fine vita: una politica dei diritti delle persone vulnerabili, ma non per quelle vulnerate*, in *Giur. cost.*, 2022, 1189 ss.; G. LOSAPPIO, *La Consulta sul referendum per la (parziale) abrogazione dell’art. 579. Cronaca di un’inammissibilità annunciata*, in *IUS*, 4 aprile 2022; G. LUCCIOLI, *Le ragioni di un’inammissibilità. Il grande equivoco dell’eutanasia*, in *Giust. insieme*, 8 marzo 2022; A. MASSARO, *La natura costituzionalmente necessaria dell’art. 579 c.p.: la Consulta dichiara inammissibile il referendum in materia di eutanasia legale*, in *Cass. pen.*, 2022, 2174 ss.; A. PUGIOTTO, *Eutanasia referendaria. Dall’ammissibilità del quesito all’inammissibilità degli effetti: metodo e merito della sentenza n. 50/2022*, in *Riv. AIC*, 2022, 83 ss.; M. ROMANO, *Eutanasia legale e referendum: le ragioni dell’inammissibilità*, in *Sist. pen.*, 25 gennaio 2022, 4 ss.



sta sarebbe materialmente possibile per essere il soggetto sopravvissuto ed il fatto rimasto allo stadio del puro tentativo, il legislatore penale erige una “cintura di protezione” indiretta rispetto all’attuazione di decisioni di morte, inibendo, comunque sia, a qualunque terzo di cooperarvi, sotto minaccia di reazione penale.

Tornando al caso in esame, è bene chiarirlo, con il proposto *referendum* abrogativo viene chiesto agli elettori se vogliano una abrogazione parziale della norma incriminatrice che investa il comma 1 dell’art. 579 c.p., limitatamente: alle parole “la reclusione da sei a quindici anni” del comma 1; all’intero comma 2; al comma 3, limitatamente alle parole “Si applicano”. Di conseguenza, per effetto del ritaglio e della conseguente saldatura tra l’*incipit* del comma 1 e la parte residua del comma 3, la disposizione risultante dall’abrogazione prevederebbe (*rectius*: avrebbe preveduto, stante la dichiarata inammissibilità del *referendum*) quanto segue: “Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con le disposizioni relative all’omicidio se il fatto è commesso: 1) contro una persona minore degli anni diciotto; 2) contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un’altra infermità o per l’abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti; 3) contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno”.

Come è evidente, il risultato, in ultima analisi, sarebbe quello di rendere penalmente lecita l’eutanasia, ossia l’uccisione di una persona con il consenso della stessa, fuori dai casi in cui il consenso risulti invalido per l’incapacità dell’offeso o per un vizio della sua formazione. E ciò, in ipotesi, anche a prescindere dalle motivazioni che sorreggono tale volontà di morire e dalla presenza di una malattia, sia essa più o meno grave.

Ebbene il Giudice delle leggi, nel giustificare la decisione di ritenere inammissibile il *referendum* popolare per l’abrogazione *in parte qua* della norma, pone l’accento sul valore “apicale” e “privilegiato” che assume, nell’ambito dei diritti fondamentali della persona, il diritto alla vita, in quanto appartenente, per così dire, “all’essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana”¹⁰ e per questa via concorrente “a costituire la matrice prima di ogni altro diritto, costituzionalmente protetto, della persona”¹¹. Vietando ai terzi di farsi esecutori delle altrui richieste di morte, pur validamente espresse, l’incriminazione dell’omicidio del consenziente si propone, in ultima istanza, di proteggere il diritto alla vita e per tale motivo non potrebbe essere abrogata *sic et simpliciter*, facendo così venir meno le relative istanze di tutela sottese, ma semmai attentamente “bilanciata” con le altre esigenze che vengono in rilievo nei casi in esame, prima tra tutte il diritto all’autodeterminazione delle persone. Viceversa, si ripete, la depenalizzazione “pura e semplice” dell’omicidio del consenziente (salvo, come detto, le ipotesi di consenso non valido o non integro) determinerebbe una incondizionata e non ponderata prevalenza, sempre e comunque, del diritto alla autodeterminazione sul diritto alla vita.

Da qui l’inammissibilità di un *referendum* abrogativo di una norma, quale l’art. 579 c.p., che, si ripete, non può essere “puramente e semplicemente” eliminata, “facendo così venir meno le istanze di protezione di quest’ultima a tutto vantaggio della libertà di autodeterminazione individuale”¹².

Resta dunque ben netta, quantomeno sul piano teorico, la distinzione tra eutanasia attiva, come tale sempre penalmente illecita ex art. 579 c.p., e suicidio assistito (o eutanasia passiva, che dir si vo-

¹⁰ Così Corte cost. 10 febbraio 1997, n. 35, in *Giur. cost.*, 1997, 281 ss.

¹¹ Così Corte cost. 9 luglio 1996, n. 238, in *Giur. cost.*, 1996, 2142 ss.

¹² Così, testualmente, Corte cost. 2 marzo 2022, n. 50, cit.



glia), inteso come ogni condotta di un terzo di mero aiuto o assistenza alla morte, che avviene per “mano propria” del paziente, scriminata dall’art. 580 c.p. nei soli limiti ritagliati dalla giurisprudenza costituzionale.

3. – A questo punto, esclusa la possibilità, *de iure condido*, di mettere in dubbio la rilevanza penale dell’eutanasia, cioè di condotte attive del personale sanitario volte a provocare direttamente la morte del paziente, il problema concreto affrontato dalla pronuncia in commento riguarda tutte le situazioni in cui il soggetto che chiede – in maniera consapevole, libera ed autonoma – l’aiuto a morire sia sì affetto da un patologia irreversibile fonte di gravi sofferenze psico-fisiche ritenute come tali intollerabili, ma non sia tenuto in vita da un meccanismo di sostegno vitale in senso stretto: è il caso ad esempio che ha dato luogo alla pronuncia in commento, in cui il paziente era stato colpito da una gravissima forma di sclerosi multipla, che lo aveva reso totalmente non autosufficiente e nell’impossibilità di muoversi dal letto ma non “dipendente” da una macchina.

Ci si chiede dunque, e se lo è chiesto il Giudice che ha sollevato la questione di legittimità della norma, se sia costituzionalmente legittimo in questi casi negare un diritto a morire sulla base della sola circostanza – tutto sommato estrinseca rispetto agli obiettivi di tutela realizzati – della non necessità, per continuare a vivere, di alcun “supporto meccanico”, quale ventilazione, nutrizione, idratazione artificiale o altro: insomma, per farla breve, secondo questa impostazione non vi sarebbe valida ragione giustificativa per ammettere o negare il diritto a morire ad un soggetto affetto da grave ed irreversibile patologia, fonte di sofferenze insopportabili, sulla base del solo dato che questo soggetto, per continuare la propria vita (che egli rifiuta!), necessiti o meno di un macchinario per lo svolgimento delle funzioni vitali. Subordinare la liceità della condotta alla dipendenza del paziente da trattamenti di sostegno vitale creerebbe così una irragionevole disparità di trattamento rispetto a tutti gli altri malati che versino, essi pure, in situazioni di sofferenza soggettivamente vissute come intollerabili, per effetto di patologie parimenti gravi ed irreversibili.

La circostanza che la specifica patologia da cui il paziente è affetto pregiudichi, o no, le sue funzioni vitali, tanto da richiedere l’attivazione di specifici trattamenti di sostegno a tali funzioni, non sarebbe pertanto indicativa di una sua maggiore o minore vulnerabilità, né di una maggiore o minore libertà e consapevolezza della sua decisione di porre fine alla propria vita; né, infine, l’effettiva sottoposizione a trattamenti di sostegno vitale sarebbe di per sé necessariamente associata ad una maggiore sofferenza, che renda più umanamente comprensibile la sua decisione di ricorrere al suicidio assistito.

Da qui la sollevata questione di legittimità costituzione dell’art. 580 c.p., nella versione “riscritta” dalla Corte costituzionale nel 2019, ossia nella parte in cui subordina la non punibilità di chi agevola l’altrui suicidio alla circostanza che l’aiuto sia prestato a una persona “tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale”.

La Corte Costituzionale, nella sentenza in commento, dopo aver rigettato le questioni di inammissibilità avanzate dall’Avvocatura dello Stato e da alcuni *amici curiae*, intervenuti volontariamente *ad adiuvandum*, pone il *focus* sui diritti e principi che vengono in rilievo nei casi come quello in esame: più precisamente da un lato, il diritto, ‘fondamentale tra i fondamentali’, alla vita, che costituisce presupposto per l’esercizio di tutti gli altri diritti inviolabili ed è posto in una posizione di vertice rispetto agli altri diritti della persona; dall’altro, il diritto al rifiuto e all’interruzione, purché liberi e consapevoli, di qualsiasi trattamento sanitario, anche se necessario ad assicurare la sopravvivenza del soggetto esercente, che è dunque legittimato a “lasciarsi morire”, con effetti vincolanti nei confronti dei terzi, i



quali a loro volta sono tenuti a rispettare la volontà e, per ciò solo, sono esenti da ogni forma di responsabilità civile, penale e amministrativa.

Un diritto, quello al rifiuto e all'interruzione di cure necessarie alla sopravvivenza, da esercitarsi nel contesto della “relazione di cura e di fiducia” – la c.d. alleanza terapeutica – tra paziente e medico, che la legge n. 219/2017 (“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”) mira a promuovere e valorizzare: relazione “che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico” (art. 1, comma 2, legge n. 219/2017). In quest'ottica la legge citata, al comma 5 dell'art. 1, prevede altresì che, ove il paziente manifesti l'intento di rifiutare o interrompere trattamenti necessari alla propria sopravvivenza, il medico debba prospettare a lui e, se vi acconsente, ai suoi familiari, “le conseguenze della sua decisione e le possibili alternative” e promuovere “ogni azione di sostegno”, “anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica”, ferma restando la possibilità per il paziente di modificare in qualsiasi momento la propria volontà.

Dopo tali premesse il Giudice delle leggi manifesta piena ed espressa adesione ai suoi precedenti in materia – che, scrive, si intendono “qui integralmente confermare” – e dichiara di ritenere tutte le questioni sollevate dal Giudice fiorentino non fondate.

Quanto alla prima delle censure formulate, ossia quella che l'attuale assetto normativo violerebbe un fondamentale principio di uguaglianza *ex art. 3 Cost.*, la Corte – pur dichiaratasi consapevole “della intensa sofferenza e prostrazione sperimentata da chi, affetto da anni da patologie degenerative del sistema nervoso, e giunto ormai a uno stato avanzato della malattia, associato alla quasi totale immobilità e conseguente dipendenza dall'assistenza di terze persone per le necessità più basilari della vita quotidiana, viva questa situazione come intollerabile” – afferma a chiare lettere che ciò nondimeno il requisito della dipendenza del paziente da trattamenti di sostegno vitale svolge, in assenza di un intervento legislativo, un ruolo cardine nella logica della soluzione raggiunta con le precedenti pronunce del 2018 e 2109, con le quali la Corte non ha riconosciuto un generale diritto di terminare la propria vita, sempre e comunque, in ogni situazione di sofferenza intollerabile, fisica o psicologica, determinata da una patologia irreversibile, ma ha soltanto ritenuto irragionevole precludere l'accesso al suicidio assistito di pazienti che – versando in quelle condizioni e mantenendo intatte le proprie capacità decisionali – già abbiano il diritto, loro riconosciuto dalla legge n. 219/2017, di decidere di porre fine alla propria vita, rifiutando il trattamento necessario ad assicurarne la sopravvivenza.

Se ciò è vero, questa medesima *ratio* non si estende a pazienti la cui prosecuzione della vita non dipenda dall'utilizzo di trattamenti di sostegno vitale, i quali non hanno, a legislazione vigente, la possibilità di lasciarsi morire semplicemente rifiutando le cure. Le due situazioni – quella di soggetti tenuti in vita da strumenti di sostegno vitale e quella di soggetti non tenuti in vita da strumenti di sostegno vitale – sono pertanto diverse e diverso è il trattamento che l'ordinamento ne riserva: essendo situazioni distinte, il distinguo nel trattamento normativo riservato non può dunque considerarsi irragionevole e violativo di un principio di uguaglianza.

In secondo luogo, con riferimento alla successiva censura sollevata dal Giudice *a quo*, ossia a quella secondo cui la disciplina attuale violerebbe il principio di libertà e autodeterminazione del paziente, la Corte evidenzia come il rimettente abbia preso le mosse da una nozione eccessivamente allargata di “autodeterminazione terapeutica”, che invece, allo stato della normativa attuale, non può andare oltre una libertà “negativa” del paziente a non subire interventi indesiderati “sul corpo e nel corpo”, anche laddove tali interventi abbiano lo scopo di tutelare la sua salute o la sua stessa vita: una protezione della



propria integrità fisica cioè contro ingerenze esterne indesiderate e non consentire, seppur “salvavita”. Una diversa conclusione, una totale depenalizzazione del suicidio assistito, genererebbe invece una serie di rischi che “l’ordinamento ha il dovere di evitare, in adempimento del dovere di tutela della vita umana”, che attengono non soltanto alla possibilità che vengano compiute condotte abusive da parte di terzi, ma riguardano anche l’eventualità che si crei una sorte di “pressione sociale indiretta” su altre persone malate o semplicemente anziane e sole, le quali potrebbero convincersi di essere divenute ormai un peso per i propri familiari e per l’intera società, e di decidere così di farsi “anzitempo” da parte.

Proseguendo nell’analisi delle censure di incostituzionalità sollevate, con riferimento alla denunciata violazione del principio di dignità umana la Corte, premesso che la dignità cui fa riferimento il Giudice *a quo* non può che essere intesa in senso soggettivo (perché, scrive la Consulta, dal punto di vista “oggettivo” ogni vita è degna di essere vissuta, a prescindere dalle condizioni in cui il soggetto si trova: non esiste una vita oggettivamente “non degna” di essere vissuta), richiama le considerazioni già svolte circa la necessaria sottoposizione a un bilanciamento a fronte del contrapposto dovere di tutela della vita umana.

Con riguardo all’ultima censura mossa, quella cioè di violazione dell’art. 117 Cost. per il tramite degli artt. 8 e 14 della Convenzione europea dei diritti dell’uomo (CEDU), la Corte, pur riconoscendo che la materia del suicidio assistito “impatta” sul diritto al rispetto della vita privata *ex art. 8 CEDU* e che bisogna evitare irragionevoli discriminazioni *ex art. 14 CEDU*, tuttavia sul punto richiama la giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell’uomo, laddove riconosce “un considerevole margine di apprezzamento”, vale a dire di discrezionalità, dei singoli Stati nell’attuare il più volte ricordato bilanciamento tra l’interesse a porre fine alla propria vita e quello, contrapposto, alla tutela della vita umana; un bilanciamento che può in astratto legittimare i singoli Stati ad adottare politiche legislative diverse, più restrittive o più permissive quanto al riconoscimento di forme di assistenza al suicidio o di eutanasia, senza che l’una o l’altra disciplina adottata possa di per sé solo ritenersi contraria al principio di tutela della vita umana.

Al termine di questo *iter* argomentativo la Consulta riafferma “la necessità del puntuale rispetto delle condizioni procedurali stabilite dalla sentenza n. 242 del 2019”, ritenute essenziali “per prevenire quel pericolo di abusi a danno delle persone deboli e vulnerabili”, tra le quali sono richiamate: l’accesso alle procedure palliative; il necessario coinvolgimento del Servizio Sanitario Nazionale, al quale è affidato il delicato compito di accertare la sussistenza delle condizioni sostanziali di liceità dell’accesso alla procedura di suicidio assistito, oltre che di verificare le relative modalità di esecuzione; nonché il parere del comitato etico territorialmente competente.

Conclusivamente, la Corte, nell’auspicare un intervento legislativo sul tema, dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell’art. 580 c.p., che resta ad oggi nella versione derivante dall’intervento parzialmente demolitorio del 2019 e dunque permane, ai fini della legittimità di una pratica di suicidio assistito, la necessità che il paziente che richieda l’intervento del medico sia tenuto in vita la “trattamenti di sostegno vitale”.

4. – In definitiva, la sentenza in commento, letta congiuntamente ai precedenti degli anni 2018 e 2019:

– non riconosce *tout court* un diritto al suicidio, e men che meno un generale diritto di terminare la propria vita in ogni caso di sofferenza intollerabile, fisica e psicologica, determinata da una patologia irreversibile e non controllabile attraverso appropriate terapie palliative, bensì soltanto ritiene irragio-



nevole precludere l'accesso al suicidio assistito a pazienti che – versando in quelle condizioni, e mantenendo intatte le proprie capacità decisionali – già abbiano il diritto, loro riconosciuto dalla legge n. 219/2017 in conformità all'art. 32, comma 2, Cost., di decidere di porre fine alla propria vita, rifiutando il trattamento necessario ad assicurarne la sopravvivenza;

– afferma che la situazione del malato affetto sì da patologia irreversibile e da sofferenze intollerabili, ma non sottoposto ad un trattamento di sostegno vitale, non è corrispondente a quella del malato che versa nelle medesime situazioni ma è sottoposto al trattamento: solo quest'ultimo, e non il primo, può accedere al suicidio assistito.

Ora, a prima battuta, e soprattutto se ci si sofferma alla lettura del dispositivo, viene spontaneo concludere che, con la pronuncia in commento, il Giudice delle leggi abbia integralmente confermato i propri precedenti orientamenti e rifiutato di estendere l'area della liceità delle condotte di aiuto al suicidio ai casi in cui il soggetto non sia mantenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale. Comprensibile, in tal senso, è la delusione di quanti, associazioni e singoli cittadini, speravano in un ampliamento del riconoscimento del diritto di morire, o addirittura in una espressa abrogazione delle relative fattispecie incriminatrici.

A ben vedere, però, dietro questa apparente conferma si nasconde uno spunto di grande interesse: sebbene il requisito del trattamento di sostegno vitale rimanga formalmente come condizione per una richiesta di suicidio medicalmente assistito, la Corte, pur dichiarando espressamente di non voler estendere l'area di non punibilità dell'aiuto al suicidio oltre i limiti previsti dai suoi precedenti del 2018 e del 2019, in realtà però ottiene proprio questo risultato, attraverso una estensione – o, se si preferisce, una interpretazione autentica – della nozione di “trattamenti di sostegno vitale” utilizzata nei citati precedenti.

Una nozione, quella di trattamento vitale, che costituisce il vero *punctum pruriens* della disciplina, quello cioè più degli altri in grado di tracciare il confine dell'ammissibilità nel nostro ordinamento del suicidio assistito; quello che, se non maneggiato con estrema cura, rischia davvero di legittimare “inumane” discriminazioni tra pazienti “attaccati ad una macchina”, che possono accedere al suicidio, e altri, afflitti da sofferenze parimenti intollerabili a causa di patologie anch'esse incurabili, che invece non sono collegati a apparecchi “salvavita” e per ciò solo non possono dire la parola “fine” alla propria esistenza.

Profondamente differenti sono state, nel tempo, le letture del requisito in parola, che hanno spaziato da una interpretazione estremamente restrittiva, che tende a ricomprendervi i soli trattamenti assistenziali essenziali, i quali se omessi sono in grado di provocare la morte in tempi estremamente ridotti, se non immediati, a una più estensiva e “benevola”, tale da rinvenire l'esistenza di un trattamento “salvavita” in tutti i casi in cui il paziente necessiti di un'assistenza continuativa per lo svolgimento di una qualsiasi funzione biologica¹³. Entrambe le letture, nella loro estremizzazione, sono apparse inadegua-

¹³ In questo dibattito si inserisce la pronuncia della Corte Ass. Massa 2 settembre 2020, in *Fam. e dir.*, 2021, 609 ss., con nota di M. DOGLIOTTI, *Gli equilibri del giudice di merito di fronte alle incertezze della Corte costituzionale*, che amplia notevolmente la nozione di “trattamento di sostegno vitale”, ritenendo tale espressione come comprensiva di “qualsiasi tipo di trattamento sanitario, sia esso realizzato con terapie farmaceutiche o con l'assistenza di personale medico o paramedico o con l'ausilio di macchinari medici”, evidenziando altresì che “ciò che ha rilevanza sono tutti quei trattamenti sanitari – sia di tipo farmaceutico, sia di tipo assistenziale medico o paramedico, sia, infine, con l'utilizzo di macchinari, compresi la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale – senza i quali si viene ad innescare nel malato un processo di indebolimento delle funzioni organiche il cui esito – non necessariamente rapido – è la morte”. Per una puntuale ricostruzione della vicenda si



te ed in qualche modo pericolose: la prima, in quanto relega la possibilità di chiedere l'aiuto al suicidio ai soli casi in cui il paziente sia già giunto al limite della propria vita, e quindi una richiesta suicidaria avrebbe ben poca utilità; la seconda, poiché porterebbe con sé il rischio di una dilatazione eccessiva ed incontrollabile del concetto ¹⁴.

In questa situazione di incertezza interviene la Consulta. Questi i passaggi fondamentali: si parte dal presupposto indiscutibile che, ai sensi della più volte citata legislazione vigente, ogni paziente ha “il diritto fondamentale di rifiutare ogni trattamento sanitario praticato sul proprio corpo, indipendentemente dal suo grado di complessità tecnica e di invasività”, ivi compreso, quindi, quelle procedure che sono normalmente compiute da personale sanitario e la cui esecuzione richiede certo particolari competenze oggetto di specifica formazione professionale, ma che potrebbero essere apprese da familiari o *caregivers* che si facciano carico dell'assistenza del paziente, quali ad esempio l'evacuazione manuale dell'intestino del paziente, l'inserimento di cateteri urinari o l'aspirazione del muco dalle vie bronchiali. Nella misura in cui tali procedure si rivelino in concreto necessarie ad assicurare l'espletamento delle funzioni vitali del paziente, al punto che la loro omissione o interruzione causerebbe verosimilmente la morte del medesimo in un breve lasso di tempo, esse dovranno certamente essere considerate quali “trattamenti di sostegno vitale”, ai fini dell'applicazione della scriminante risultante dalla sentenza n. 242/2019 ¹⁵.

Come a dire quindi che i trattamenti di sostegno vitale non sono soltanto quelli forniti da macchinari o apparecchiature di vario tipo – quali la ventilazione, l'idratazione, l'evacuazione artificiale, cui avevano fatto riferimento le sentenze precedenti – ma anche quelli eseguiti manualmente da personale medico o anche da familiari e badanti del paziente, anche a domicilio, la cui omissione determinerebbe prevedibilmente il decesso del paziente in un breve lasso di tempo, quali ad esempio l'evacuazione manuale dell'intestino con frantumazione della massa fecale, l'inserimento di cateteri urinari o l'aspirazione delle secrezioni polmonari e dei liquidi dalle vie bronchiali. Tutti interventi che possono a pieno titolo rientrare nella nozione di “trattamento di sostegno vitale” e la cui interruzione, in presenza delle altre condizioni analizzate, potrebbe essere posta in essere senza incorrere in responsabilità penale *ex art. 580 c.p.*

veda anche A. MASSARO, *La dipendenza da trattamenti di sostegno vitale nelle procedure di suicidio medicalmente assistito: ridefinizione o interpretatio abrogans? Note a margine della sentenza di assoluzione di Marco Cappato e Mina Welby nel caso Trentini*, in www.giurisprudenzapenale.com. Più in generale, sulla giurisprudenza che ha tentato di allargare o addirittura superare la nozione di “trattamento di sostegno vitale” si veda, su tutti, G. DI ROSA, *Interventi giudiziali e proposte di regolazione in materia di suicidio assistito*, in www.giustiziainsieme.it.

¹⁴ Così, tra gli altri: F. CONSULICH, *La morte medicalmente assistita e la tentazione dell'overruling: il significato ambiguo del trattamento di sostegno vitale*, cit., 1071 ss.

¹⁵ Si evidenzia che il Comitato nazionale per la Bioetica ha di recente circoscritto il concetto di trattamento di sostegno vitale, ai fini dell'applicazione della sentenza n. 242, “ai trattamenti sostitutivi delle funzioni vitali – in termini di finalità, intensità e sospensione, come indicati nel paragrafo 4 –, in ciò ben distinti dai trattamenti ordinari e dalle modalità di cura dei bisogni vitali della persona malata, e la cui sospensione sia seguita dalla morte in tempi brevi. Indipendentemente dagli orientamenti nei confronti del suicidio medicalmente assistito, sui cui potrebbero anche essere avanzate obiezioni di fondo legate al principio di tutela di ogni vita umana e alla problematicità dell'anticipazione intenzionale della morte, il requisito dei trattamenti di sostegno vitale ha una decisiva rilevanza bioetica, in quanto delimita nettamente l'ambito della non punibilità dell'assistenza al suicidio entro il perimetro di una situazione di prossimità della morte. Ciò esclude possibili derive verso un indebito ampliamento dell'accesso al suicidio assistito, i cui confini di applicazione risulterebbero, altrimenti, inevitabilmente incerti e socialmente discriminatori, poiché potrebbero esporre maggiormente i soggetti vulnerabili ad una inaccettabile pressione, inducendo peraltro una generalizzata apertura nei confronti dei percorsi suicidari” (cfr. Comitato nazionale per la Bioetica, Risposta, 20 giugno 2024, in www.biodiritto.org).



Si abbandona dunque una concezione di trattamento di sostegno vitale come condizione di formale collegamento fisico del malato ad un macchinario, per accedere ad una nozione più elastica ed ampia, ossia di condizione di “fragilità biologica” nella quale l’organismo non è più capace di mantenere autonomamente le proprie funzioni vitali e diviene quindi indispensabile, per la sopravvivenza, l’aiuto di un supporto esterno, non necessariamente meccanico, ma anche “manuale” e “umano”.

Ora, al di là della questione circa l’opportunità o meno del mantenimento in essere del requisito in parola ¹⁶, la “palla” passa dunque a giudici di merito e medici del Servizio Sanitario Nazionale, ai quali è demandato il compito di interpretare la nozione ed individuare nel concreto cosa si debba intendere per “trattamento di sostegno vitale”. Il tutto, nel rispetto di quanto affermato dalla Corte, che sembra dettate all’interprete i tre canoni ermeneutici in base ai quali stabilire se ci si torvi in presenza di un trattamento di sostegno vitale.

In primo luogo, da un punto di vista *soggettivo* – ossia di colui che può praticarlo – va notato che la nozione sposata dal Giudice delle leggi è molto ampia, perché comprende, come visto, non soltanto il personale medico e sanitario nel complesso, ma chiunque, familiari o terzi soggetti, si prenda cura e si faccia carico dell’assistenza del paziente, purché ovviamente adeguatamente istruito e preparato a tal fine.

Se dal punto di vista *soggettivo* la nozione viene decisamente allargata rispetto al passato e non crea particolari difficoltà ermeneutiche, i principali nodi interpretativi, è intuitivo presumerlo, riguarderanno l’accertamento dei due requisiti oggettivi individuati dalla Corte perché si possa parlare di “trattamento di sostegno” vitale: ossia un primo giudizio, per così dire di *efficacia causale* del trattamento, nel senso che questo deve costituire *condicio sine qua non* della permanenza in vita del paziente; ed una seconda valutazione, per così dire di *efficacia temporale* del trattamento, vale a dire quella che dalla sua interruzione deve dipendere il decesso del paziente in un “breve lasso di tempo”.

Conclusivamente, il requisito della sussistenza di un trattamento di sostegno vitale deve essere interpretato, dai giudici e dagli operatori del servizio sanitario nazionale, tenendo conto dei seguenti criteri: in senso *soggettivo*, lo stesso può essere posto in essere da personale sanitario con competenze oggetto di specifica formazione professionale, oppure da familiari del paziente o da *caregivers* che si fanno carico dell’assistenza, dopo essere stati istruiti a tal fine; in senso *oggettivo*, il trattamento deve esplicitare un’efficacia causale necessaria al compimento delle funzioni vitali del paziente e, in caso di sua interruzione, la morte dello stesso deve appalesarsi come evento a breve termine.

Quanto “breve” debba essere poi il lasso di tempo tra interruzione del trattamento e decesso non viene specificato e ciò determinerà inevitabili incertezze e discrasie interpretative da parte di giudici e

¹⁶ Fortemente critici sull’opportunità di conservare il presupposto del mantenimento in vita attraverso trattamenti di sostegno vitale, sono, tra gli altri: M. DONINI, *Libera nos a malo. I diritti di disporre della propria vita per la neutralizzazione del male*, cit., 16, il quale sottolinea come il richiamo alla sottoposizione a trattamenti di sostegno vitale quale presupposto per l’accoglimento della richiesta di suicidio assistito costituisca un “limite arbitrario” e produca l’effetto di escludere, dall’accesso alla morte assistita, un numero importante di soggetti vittime di patologie atroci; V. DURANTE, *Quando continuare a vivere diventa intollerabile*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2023, 1367; G. FIANDACA, *Fino a che punto è condivisibile la soluzione costituzionale sul caso Cappato?*, cit., 9, il quale auspica la rimozione, in occasione di futuri interventi, di un requisito ritenuto superfluo ed irragionevole. Dubbi al riguardo esprimono anche: G. FERRANDO, *Aiuto medico a morire. Contributo alla discussione sul progetto di legge*, in *Resp. med.*, 2022, 82 ss.; M. PICCINNI, *La richiesta di aiuto a morire: spazi per una risposta politica “gentile” e per un intervento del legislatore*, *ibidem*, 143 ss.; P. ZATTI, *La questione dell’aiuto medico a morire nella sentenza della Corte costituzionale: il “ritorno al futuro” della l. 219/2017*, in www.rivistaresponsabilitamedica.it, 2/2020. Per ulteriori approfondimenti si rinvia anche a L. EUSEBI, *Diritto a vivere, suicidio, eutanasia*, in *Corti supreme e salute*, 2/2020, 509.



medici chiamati ed esprimersi in materia. Certo “breve” non può voler significare “immediato” o “quasi immediato”, altrimenti i confini della scriminante in parola verrebbero circoscritti in una forma troppo angusta e finirebbero con il ricorrere nei soli casi in cui il suicidio assistito diverrebbe poco utile, poiché interesserebbe le sole situazioni in cui il malato si trova già nell'imminenza della fine della propria vita. Ciò, si ritiene, sarebbe contrario alla *ratio* dello stesso art. 580 c.p., come riscritto dalla Corte, ed al più volte ricordato bilanciamento tra interessi ad esso sotteso. Per questo motivo, di fronte alla relatività del concetto di “brevità”, è auspicabile che questo venga interpretato dalla Corte e dai sanitari con una certa elasticità, tale da ricomprendere nell'alveo della non punibilità anche condotte di aiuto a morire poste in essere nei confronti di soggetti che, senza l'ausilio del trattamento “salvavita”, sarebbero in grado di rimanere in vita anche per un periodo di apprezzabile durata.

Al termine di queste brevi osservazioni non può sottrarsi la questione, etica e morale, prima ancora che giuridica, alla quale la Corte non sembra aver dato convincente risposta, se cioè sia davvero “giusto”, “umano” e rispettoso dei valori costituzionali mantenere in vigore, ai fini della non punibilità dell'aiuto al suicidio, il requisito in parola – per il quale il paziente, per poter chiedere e ottenere di morire, debba trovarsi in una condizione in cui è tenuto in vita da meccanismi di sostegno vitale, a prescindere da come li si voglia intendere – privando così del diritto a morire pazienti affetti da sofferenze insopportabili derivanti da patologie gravissime ed irreversibili, ma che non siano “formalmente” dipendenti da strumenti di sostegno vitale. Si pensi, giusto per fare un esempio purtroppo molto ricorrente, alla situazione di un paziente oncologico, cui rimangono pochi mesi di vita e che si trovi a patire sofferenze intollerabili, che allo stato della legislazione attuale si vede privato della possibilità di ottenere un aiuto a morire, a fronte di un malato che avrebbe davanti a sé ancora anni di vita grazie all'ausilio di un trattamento di sostegno vitale, il quale invece potrebbe esercitare tale opzione e liberarsi anticipatamente dalle sofferenze attraverso l'avvio di una procedura di suicidio assistito.

Ancora, ci si chiede se sia corretto negare la possibilità di farsi aiutare nel porre fine alla propria vita ad un soggetto affetto da una grave forma di sclerosi multipla allo stato avanzato, che soffre pene infernali e che conduce una vita a suo giudizio improseguibile, ma che (per sua sfortuna!!) è in grado di alimentarsi e respirare da solo.

Questi gli interrogativi, che si legano tutti ad una considerazione di fondo, ossia quella secondo cui, sul piano empirico che un malato grave in modo irreversibile e pesantemente sofferente possa o meno necessitare di trattamenti di sostegno vitale appare un dato in qualche modo “estrinseco”, “fortuito”, che dipende da fattori collegati in primo luogo alla tipologia di malattia – ma non necessariamente alla gravità della stessa ed alle sofferenze che ne conseguono – che non pare possano costituire una valida *ratio* per distinguere casi in cui la sua richiesta di morire sia meritevole di accoglimento e casi in cui, viceversa, non lo sia.

Questa pare forse, al netto di tutte le (più o meno condivisibili) ragioni che sorreggono la decisione in commento, la più grande sperequazione, alla quale una società civile deve porre rimedio. Resta così da chiedersi se non sia il caso, *de jure condendo*, di eliminare, tra i requisiti che condizionano la non punibilità dell'aiuto al suicidio, quello del mantenimento in vita del paziente attraverso meccanismi di sostegno vitale, tenuto anche in considerazione del fatto che, di tutti i requisiti individuati dalla Corte (ossia, ripetiamo: la patologia irreversibile; le sofferenze che il malato reputa intollerabili; il suo consenso libero e consapevole; la tenuta in vita del paziente attraverso meccanismi di sostentamento vitale), questo pare certamente il più incerto e di difficile inquadramento, anche per come è stato interpretato dalla Corte. Si pensi alla già evidenziata relatività che inevitabilmente porta con sé l'aggettivo



“breve”: chi ci dice, ad esempio, quale sia l’intervallo di tempo da prendere in considerazione per vedere integrato il requisito della sussistenza di un “breve lasso di tempo” tra l’interruzione del trattamento e la morte: poche ore o giorni? Settimane o anche qualche mese? Insomma non è definibile su basi scientifiche non opinabili il *cut off*, l’intervallo di tempo che deve intercorrere tra la sospensione del trattamento ed il decesso.

Né, più in generale ed anche a prescindere dal requisito temporale, a quanto consta è rinvenibile in letteratura scientifica una definizione univoca di “trattamento di sostegno vitale”¹⁷.

Questa situazione di incertezza derivante dall’adozione della nozione di “trattamento di sostegno vitale”, non va dimenticato, è tanto più difficile da accettare in una materia, quale quella in esame, estremamente delicata, che coinvolge scelte estreme quale quella di porre fine alla propria vita e che necessiterebbe, più di ogni altra, di regole chiare, inequivoche e ben scolpite *ex ante*.

Insomma, il criterio in esame desta perplessità e merita forse di essere “ripensato”, per due essenziali ordini di motivi: il primo, relativo alla incerta delimitazione del concetto, che rischia di essere espanso e ristretto “a fisarmonica” in maniera incontrollabile, in base alla sensibilità del singolo operatore; il secondo, per le possibili disparità di trattamento che, a prescindere dalla sua interpretazione, questo criterio porta con sé.

Così come, ma questo è un altro tema ancora – stante le già rilevate differenze tra eutanasia attiva, considerata sempre illecita, e suicidio assistito, lecito nei limiti tracciati – ci si chiede se sia davvero giusto e “non ipocrita” negare l’accesso alla morte assistita ad un soggetto che, malato irreversibile, afflitto da sofferenze insopportabili ma lucido e cosciente, non sia in grado, proprio per la gravità della patologia (che magari non lascia sopravvivere nel paziente neppure un minimo di mobilità necessaria a consentirgli di attivare il meccanismo di somministrazione del farmaco letale), di “suicidarsi”, ossia di compiere da solo l’ultimo e letale passo finale della procedura di morte, ma necessiti di un intervento attivo di un terzo, che provochi direttamente il decesso.

¹⁷ Per approfondimenti sulla nozione di “trattamento di sostegno vitale” si rinvia, *ex multis*, a C.A. DEFANTI, *I trattamenti di sostegno vitale*, in Aa.Vv., *Trattato di biodiritto*, I, Giuffrè, Milano, 2011, 581 ss.