

Audizione resa il 29 maggio 2019 innanzi alle Commissioni riunite Giustizia e Affari Sociali della Camera dei Deputati nell'ambito dell'esame delle proposte di legge in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e di liceità dell'eutanasia

di Paolo Veronesi- Professore ordinario di diritto Costituzione nell'Università degli Studi di Ferrara

SOMMARIO: 1. Aiuto al suicidio ed eutanasia dopo l'ord. cost. n. 207/2018 della Corte costituzionale. – 2. Autodeterminazione e fine vita nel quadro dei principi costituzionali. – 3. Procedere a ritocchi del codice penale e/o della legge n. 219 del 2017. – 4. Per una possibile disciplina dell'aiuto al suicidio (e dell'eutanasia) costituzionalmente compatibile. – 5. Le (dovute) cautele. – 6. L'obiezione di coscienza del personale medico.

1. Aiuto al suicidio ed eutanasia dopo l'ord. cost. n. 207/2018 della Corte costituzionale

Ringrazio, innanzi tutto, le Presidenti, i Gruppi e le/i componenti delle Commissioni qui riunite per l'invito a svolgere questa audizione su temi così scottanti.

È mia opinione che, soprattutto dopo l'ordinanza costituzionale n. 207/2018 – la cui natura, per ora interlocutoria, nulla toglie all'accertamento d'"incostituzionalità prospettata" in essa contenuto¹ – la necessità di una presa in carico di simili materie da parte del Parlamento – decisore naturale su

¹ Questa l'espressione utilizzata dal Presidente Giorgio Lattanzi, nella sua Relazione sull'attività svolta dalla Consulta nel 2018.

questioni di tale delicatezza – si sia fatta ancora più evidente. Ben vengano, dunque, le iniziative legislative che, a tale scopo, vedono attivamente coinvolte le Commissioni qui riunite.

In questa autorevole sede intendo infatti sostenere e argomentare la tesi per cui, dopo tale pronuncia costituzionale – adottata nel noto “caso Cappato-dj Fabo” – sia ormai pressante l’esigenza che il legislatore appronti non soltanto una disciplina di oculata e ben circoscritte ipotesi di aiuto al suicidio ora immancabilmente rientranti sotto l’ombrello punitivo dell’art. 580 c.p., ma – al contempo – un’altrettanto accorta e selezionata normativa in materia di eutanasia (dovendosi rivedere, perciò, l’area di punibilità coperta anche dall’art. 579 c.p.).

Ma procediamo con ordine.

L’ord. n. 207 – invocando «uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale» con il Parlamento – non contiene, come pur parrebbe, un banale rinvio della trattazione della *quaestio* all’udienza del prossimo 24 settembre: essa afferma, invece, che *l’attuale punizione penale dell’aiuto al suicidio tout court – con riguardo, sia chiaro, a una particolare frangia di casi – sia da ritenersi costituzionalmente incompatibile*. Rivolgendosi al legislatore, la Corte addirittura esemplifica una mappa certo non esaustiva dei «plurimi profili» che il Parlamento dovrebbe prendere in esame e decidere «sulla base di [sue] scelte discrezionali»².

Le affermazioni (al momento) “interlocutorie” della Corte muovono dunque dall’assunto per cui vanno sempre più spesso emergendo vicende variamente assimilabili alla drammatica fattispecie dalla quale la stessa *quaestio* ha preso le mosse: situazioni un tempo «inimmaginabili» perché prodotte «dagli sviluppi della scienza medica e della tecnologia»³. Tali acquisizioni risultano, cioè, molte volte essenziali per il mantenimento in vita del malato, rivelandosi, però, assai nefaste per le condizioni in cui taluni pazienti sono poi costretti a proseguire i loro giorni: in radicale contrasto, cioè, con le volontà più profonde e l’idea di dignità di alcuni di loro.

Da ciò deriva – a detta della Corte – la “necessità costituzionale” che, in specifiche evenienze, la legge finalmente consenta «al medico che ne sia richiesto di mettere a disposizione del paziente... trattamenti diretti non già ad eliminare le sue sofferenze, ma a determinarne la morte»⁴. «Il riferimento 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 e psicologiche, che trova

² Cfr. specialmente il punto 10 del *Considerato in diritto*.

³ Punto 8 del *Considerato in diritto*.

⁴ Punto 9 del *Considerato in diritto*.

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»⁵.

In tali casi occorrerebbe quindi predisporre «una disciplina delle condizioni di attuazione della decisione di taluni pazienti di liberarsi delle proprie sofferenze non solo attraverso una sedazione profonda continua e correlativo rifiuto dei trattamenti di sostegno vitale» – come disciplinato dalla legge n. 219/2017 – «ma anche attraverso la somministrazione di un farmaco atto a provocare rapidamente la morte» dei richiedenti nei casi in cui essi potrebbero altresì ricorrere all'interruzione delle terapie salvavita⁶.

Appare insomma chiaro che, nel ragionamento posto dalla Corte, viene tracciato un nitido *parallelismo* tra le condizioni che consentono la prima eventualità e quelle che dovrebbero legittimare anche la seconda. In entrambi i casi si tratta peraltro di malati che già sono “morenti”, ovvero profondamente immersi nel processo del morire.

Tuttavia, ammettere – sia pur in casi limitati – l'aiuto al suicidio dei pazienti che versino nelle condizioni indicate dalla Corte – peraltro tratte dalla fattispecie sotto giudizio – determina, altresì, un forse impercettibile ma sensibilissimo “*mutamento di paradigma*”.

Nei casi enucleati, non si tratta più di lasciare che la malattia giunga al suo esito naturale – astenendosi dall'intervenire o interrompendo un trattamento già in corso – bensì di agevolare l'anticipazione della morte del paziente capace e ormai esausto che convintamente la richieda. Come si dirà, è proprio tale *cambio di prospettiva* a rendere ormai indispensabile (anche) un ponderato “ritocco” della disciplina dello stesso omicidio del consenziente (art. 579 c.p.), introducendo, cioè, l'ammissibilità di talune studiate e correlate ipotesi di eutanasia rigorosamente volontaria e pietosa: fattispecie in cui l'impossibilità di accedere alle pratiche di abbreviazione della vita parrebbe del tutto irragionevole alla luce di ciò che verrebbe contemporaneamente introdotto nell'ordinamento per alcune ipotesi di aiuto al suicidio.

Vale la pena proporre una sia pur sommaria casistica in tal senso per comprenderne la portata.

Si pensi, per esempio, all'eventualità di un paziente attualmente capace e consapevole, il quale tuttavia – in virtù della particolare patologia dalla quale è affetto – non possa in alcun modo azionare i congegni che darebbero seguito alla sua volontà suicida. In Canada, dopo aver introdotto

⁵ Punto 8 del *Considerato in diritto*.

⁶ Punto 10 del *Considerato in diritto*.

L'aiuto al suicidio del malato capace, è stata – di conseguenza – ammessa anche l'eutanasia del paziente capace ma totalmente paralizzato.

Non dissimile pare inoltre la condizione di chi – pur essendo immerso in una situazione del tutto corrispondente a quella tracciata dalla Corte – per le più varie ragioni (la paura di non farcela, il timore di sbagliare, la sfiducia in se stesso, l'eccessiva sofferenza che il gesto finale richiederebbe ecc.) intenda rimettersi alla certa perizia del solo personale specializzato.

Si pensi altresì a coloro che – pur rispettando pressoché tutte le altre precondizioni indicate dalla Consulta per aggiornare la disciplina dell'aiuto al suicidio (sofferenza intollerabile compresa) – non siano attualmente sottoposti a trattamenti di sostegno vitale ma chiedano comunque un aiuto esterno per farla finita. È il nucleo del “caso Trentini”, ancora pendente presso la Corte d'Assise di Massa.

Oppure si rifletta sulla condizione del soggetto irreversibilmente incapace e incosciente, il quale non potrà ovviamente richiedere né procedere ad alcuna azione suicida medicalmente assistita, pur essendosi in precedenza nitidamente e formalmente espresso a favore di un'abbreviazione “attiva” della sua vita in tali circostanze mediante Disposizioni Anticipate di Trattamento: al momento, la legge n. 219/2017 non prevede infatti una simile possibilità, ma l'ipotesi (ed è senz'altro positivo) compare in tutte le proposte di legge pendenti. Se aggiunta, dovrà essere però accompagnata da una significativa disciplina che garantisca l'adeguata informazione del dichiarante.

Va altresì rimarcato che la mancata previsione di forme d'intervento (diretto ed esterno) in almeno talune delle circostanze appena richiamate potrebbe (paradossalmente) indurre alcuni pazienti a “farla finita” anzitempo, ossia a dar luogo al proprio suicidio assistito prima di quando altrimenti non farebbero se fosse loro garantita la possibilità di “uscire di scena” (mediante intervento altrui) solo dopo aver totalmente perduto capacità e coscienza; in una sorta di eterogenesi dei fini, vietarne l'accesso all'eutanasia allorché fossero variamente incapaci potrebbe dunque indurre taluni di loro ad anticipare la richiesta di essere aiutati nel proprio suicidio.

Tutte le ipotesi appena formulate rendono insomma palese che, ove venisse introdotta – come auspicato dalla Corte – una disciplina in materia di suicidio medicalmente assistito – oppure se venisse infine dichiarata l'illegittimità almeno parziale dell'art. 580 c.p. – emergerebbe altresì l'esigenza di predisporre una normativa tarata (almeno) sulle pratiche eutanasiche rivolte al soggetto capace e sofferente ma impossibilitato a suicidarsi o non desideroso di farlo personalmente, così come del soggetto ormai irreversibilmente incapace il quale abbia tuttavia già espresso le sue specifiche volontà mediante opportune Disposizioni Anticipate di Trattamento e/o

nel quadro di una Pianificazione condivisa delle cure (ai sensi della citata legge n. 219 del 2017). Tali documenti hanno, del resto, proprio lo scopo di consentire di decidere, quando si è capaci, in vista del momento in cui tali non si sarà più (né si potrà quindi elaborare una contrastante volontà su simili eventi).

Lo stretto collegamento esistente tra queste ipotesi e quelle di aiuto al suicidio è del resto provato dalla circostanza per cui – come si dirà – la relativa disciplina dovrebbe sostanzialmente ricalcare quella eventualmente da adottare anche per la rimodulazione dell’art. 580 c.p. Sebbene nei casi di eutanasia si chieda, infatti, al medico un’azione diretta non già ad aiutare il malato a compiere l’“ultimo passo”, bensì a provocare egli stesso, e immediatamente, l’abbreviazione della vita del paziente, non dissimili sembrano i requisiti, le cautele, le procedure, le figure professionali da coinvolgere e i controlli che sarebbe comunque opportuno predisporre (anche) in questa seconda evenienza (peraltro sulla scia di quanto già “messo in fila” dalla Corte).

A sostegno di ciò valgono talune espressioni utilizzate nella stessa trama dell’ord. n. 207 e spendibili sia per argomentare l’ammissibilità di limitate ipotesi di aiuto al suicidio, sia per legittimare (e far fronte a) situazioni in cui appaia ragionevole lo stesso ricorso all’eutanasia volontaria del paziente: ciò emerge laddove la Corte genericamente (e forse involontariamente) assimila il «rifiuto dei trattamenti di sostegno vitale» alla non meglio precisata «*somministrazione* di un farmaco atto a provocare rapidamente la morte» del richiedente⁷.

2. Autodeterminazione e fine vita nel quadro dei principi costituzionali

I ragionamenti della Corte – come si sottolineava – riguardano peraltro la sola fattispecie dell’aiuto al suicidio: questo è infatti il *thema decidendum* che la Corte estrapola dall’ordinanza (non sempre limpida) del giudice *a quo*. Entro tali paletti la Consulta è dunque costretta a muoversi.

La Corte stessa indica pertanto quali siano i principi costituzionali che devono fungere da bussola per l’auspicato intervento del legislatore; essi, del resto, si coordinano con quanto è andato via via consolidandosi – su questi delicatissimi e laceranti temi – oltre che nella legge (n. 219 del

⁷ Punto 10 del *Considerato in diritto*.

2017), nella stessa giurisprudenza interna⁸ e in quella della Corte EDU⁹. Come già suggerito, gli stessi richiami valgono peraltro anche in vista dell'eventuale approntamento di un'ulteriore e scrupolosa disciplina delle pratiche eutanasiche.

La premessa si rinviene nell'assunto per cui il divieto assoluto (e senza eccezioni) dell'aiuto al suicidio limiterebbe la *libertà di autodeterminazione del malato* nella scelta delle terapie, impedendogli di scegliere quelle finalizzate a liberarlo "definitivamente" dalle sofferenze¹⁰. Ciò colliderebbe con gli artt. 2, 13 e 32, comma 2, Cost., ed imporrebbe, dunque, ai malati «un'unica modalità per congedarsi dalla vita» – ossia il rifiuto delle cure essenziali – «*senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile, con conseguente lesione del principio di dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza*»¹¹.

Alla Corte pare insomma assai chiaro che la stentorea previsione dell'art. 580 c.p. – punendo testualmente chiunque agevoli «*in qualsiasi modo l'esecuzione del suicidio altrui*» – privi di tutela particolari situazioni che appaiono ormai costituzionalmente meritevoli di protezione; queste ultime andrebbero quindi attentamente disciplinate, bilanciando in maniera finalmente opportuna tutti i diritti e i principi coinvolti in queste delicate fattispecie.

In sintesi, il percorso che il legislatore è invitato a imboccare dovrebbe essere illuminato dall'indispensabile *tutela del diritto fondamentale all'autodeterminazione del malato in materia di salute, irrorata da una concezione del tutto soggettiva della sua dignità personale*. Almeno in questa circostanza – non è detto che ciò valga anche in altri contesti – per la Corte vanno infatti rigettate versioni oggettive ed eterodeterminate del concetto di dignità. Occorre insomma che la legge consenta ai malati capaci e consapevoli, i quali versino in quelle gravi condizioni che li legittimerebbero a chiedere l'interruzione di terapie essenziali, oltre che la sedazione profonda e continua, di *porre ragionevolmente termine alle «sofferenze fisiche o psicologiche» che li*

⁸ Nell'ord. n. 207 del 2018 si citano espressamente la pronuncia finale sulla tormentata vicenda di Piergiorgio Welby (GIP Tribunale di Roma 23 luglio 2007, n. 9729), nonché la sentenza con la quale la prima sezione della Cassazione civile (16 ottobre 2007, n. 21748) ha prodotto la nota "svolta" nel "caso Englaro". Sulla stessa lunghezza d'onda si v. ora la decisione del Giudice tutelare del Tribunale di Cagliari che definisce il "caso Piludu" (decreto 16 luglio 2016).

⁹ Il riferimento è ai noti casi *Pretty c. Regno Unito* del 2002, *Haas c. Svizzera* del 2011, *Koch c. Germania* del 2012 e *Gross. c. Svizzera* del 2013 (esplicitamente menzionati anche nell'ord. n. 207).

¹⁰ La Corte ha significativamente invocato questo «diritto fondamentale» in tutte le sue pronunce sul consenso informato: si v., *in primis*, la sent. n. 438 del 2008 e la n. 253 del 2009. Ora esso è ribadito anche nell'ord. n. 207.

¹¹ Punto 9 del *Considerato in diritto*. Corsivo non testuale.

*affliggono (e che essi ritengano «assolutamente intollerabili» in virtù della «propria idea di morte dignitosa» e della «propria visione della dignità del morire»)*¹², anche mediante un aiuto “attivo” a farla finita. Ciò deve peraltro avvenire adottando contemporaneamente le «opportune cautele» affinché la scelta «non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia»¹³.

Tale legge dovrebbe insomma far tesoro di consolidati principi costituzionali al fine di rimodulare anche quanto oggi è punito dalla previsione dell’art. 580 c.p.: una norma concepita in un’epoca storica nella quale la stessa vita dei singoli si riteneva posta nella disponibilità esclusiva dello Stato. La “ricalibratura” di tale previsione andrà inoltre tenuta ben separata da quanto è invece ancora consigliabile porre sotto l’ombrello della punizione penale proveniente dal passato, al fine di tutelare la vita, la salute e la stessa libertà di autodeterminazione del malato.

3. Procedere a ritocchi del codice penale e/o della legge n. 219 del 2017

La Corte afferma quindi che, al fine di predisporre la nuova (e selettiva) disciplina sull’aiuto al suicidio, spetta evidentemente al legislatore optare «per una mera modifica della disposizione penale dell’art. 580 c.p.», ovvero per una specifica integrazione della recente legge n. 219 del 2017 (Norme in materia di consenso informato e Disposizioni anticipate di trattamento).

Ad esempio, si potrebbe includere all’art. 580 c.p. il puntuale richiamo a una “scriminante procedurale” a favore di chi cooperi al suicidio assistito altrui rispettando quanto dettagliatamente disciplinato dal legislatore in una fonte *ad hoc* o nella stessa legge n. 219. Tali normative dovrebbero appunto occuparsi dei delicati procedimenti e dei controlli da attivare in tali circostanze: un complesso *corpus* di problemi difficilmente ospitabile entro la sola norma codicistica.

Per i motivi già illustrati – e seguendo la linea tracciata dalle Proposte di legge sul tappeto – pare inoltre pressoché indispensabile intervenire anche sull’art. 579 c.p. (Omicidio del consenziente). Andrebbe, cioè, esplicitamente escluso il perfezionarsi di tale reato ove si ricadesse in una serie di circoscritte e ponderate eventualità di eutanasia rigorosamente volontaria e pietosa, da disciplinare nella medesima legge in cui troverebbe eventualmente luogo la nuova normativa in materia di

¹² Punto 8 del *Considerato in diritto*.

¹³ Punto 10 del *Considerato in diritto*.

suicidio assistito invocata dalla Consulta (e alla quale l'articolo stesso potrebbe fare rinvio). Come già anticipato, tale legge dovrebbe, cioè, prendere atto dell'*esistenza di pur limitate ipotesi di eutanasia che costituiscono l'indispensabile corollario e la conseguenza necessitata della scelta d'introdurre nell'ordinamento un'accorta disciplina dell'aiuto al suicidio*. Nulla a che vedere con il giustificato timore di "derive scivolose": si tratterebbe, invece, della calcolata prosecuzione di quanto è accaduto anche con l'ord. n. 207. Qui la Corte costituzionale illustra l'illegittimità di talune ipotesi incriminatrici dell'aiuto al suicidio poggiando proprio sull'ormai assodato diritto fondamentale a rifiutare le cure essenziali; lo stesso varrebbe tra l'aiuto (attivo) affinché il richiedente possa interrompere la propria vita – esplicitamente avallato dalla Consulta – e queste ulteriori (e limitate) ipotesi di eutanasia che alla prima fattispecie quasi si sovrappongono e che – come si è tentato di dimostrare – sarebbe incoerente lasciare prive di disciplina.

Rimarrebbe pertanto punibile ogni comportamento che non ricadesse precisamente sotto l'ombrello della nuova legge; e ciò anche nei casi in cui il richiedente aiuto avrebbe comunque potuto accedere a quanto stabilito nella stessa. Si tratterebbe peraltro di sanzioni diverse (e meno gravi) rispetto a quelle delineate dalla perdurante disciplina codicistica, tesa comunque a fornire – come sostiene la Corte – un'efficace e opportuna «cintura protettiva» per le «persone più deboli e vulnerabili»; essa dovrà quindi presidiare (senza tentennamenti) tutte le ipotesi non rientranti, in alcun modo, tra quelle che potrebbero dare luogo all'applicazione della nuova normativa¹⁴.

4. Per una possibile disciplina dell'aiuto al suicidio (e dell'eutanasia) costituzionalmente compatibile

Nel predisporre una disciplina dell'aiuto al suicidio (e delle annesse ipotesi di eutanasia), il primo problema consiste dunque nella necessità d'identificare gli specifici *presupposti* in costanza dei quali sarebbe legittimamente possibile esaudire le invocazioni del richiedente.

Sulla falsariga di quanto già contemplato in altri ordinamenti – oltre che in linea con (almeno) talune affermazioni contenute nella stessa ord. n. 207 del 2018¹⁵ – il ricorso a entrambe le pratiche

¹⁴ Punto 6 del *Considerato in diritto*.

¹⁵ Si v. il punto 8 del *Considerato in diritto*.

parrebbe costituzionalmente ammissibile – come sottolineato da taluni esperti – solo in presenza di *gravi e irreversibili malattie, disfunzionalità o patologie di vario genere, le quali provochino intollerabili e accertate sofferenze fisiche e psichiche del soggetto che ne risulti affetto. Esse dovranno inoltre apparire non altrimenti affrontabili e rimediabili con modalità che, sebbene comunque proposte al malato e scientificamente fondate, non siano comunque accettate o ritenute conformi all'idea di dignità personale accolta dal diretto interessato.* Per nulla opportuno pare invece che la legge precisi una *prognosi temporale della morte del richiedente*, stante la problematicità di simili previsioni (pur previste in talune esperienze straniere ed evocate, in forma peraltro non stringente, nelle stesse Proposte di legge n. 1586 e n. 1655).

Altra esigenza si rinviene nel delineare l'ulteriore (e indispensabile) requisito della *“capacità” del richiedente l'aiuto*, nonché la specifica *forma mediante la quale egli potrà avanzare la sua domanda.*

Quanto alla *“capacità”*, è significativo che la stessa Corte costituzionale, nella sua pronuncia, non si appoggi, in effetti, né all'istituto civilistico della capacità di agire, né al correlato concetto della capacità d'intendere e di volere. Essa si riferisce invece alla capacità del paziente di «prendere decisioni libere e consapevoli», sottolineando – così pare – il necessario riscontro – caso per caso – dell'effettiva idoneità del malato a valutare la situazione che l'avvolge, oltre che le sue possibili *“vie d'uscita”*. Si deve inoltre avere la garanzia procedurale che queste gli siano opportunamente profilate.

Per ciò che concerne la *forma* della richiesta – e vista la natura di tali fattispecie (oltre che il contesto d'intenso dolore in cui ci si colloca) – pare opportuno mantenere aperte varie strade¹⁶. Sembra cioè consigliabile estendere e opportunamente adattare anche a queste ipotesi quanto già previsto dalla legge n. 219 del 2017 sia per i casi in cui il paziente capace chieda l'immediato avvio della procedura, sia per le ipotesi in cui egli prefiguri ciò per il suo futuro (art. 1, comma 4; art. 4, comma 6 e art. 5, comma 4): anche in queste eventualità va inoltre considerato che il richiedente potrebbe versare in condizioni che gli impediscano l'utilizzo della forma scritta o della stessa parola; occorre quindi che gli si consenta di manifestare la propria volontà anche mediante videoregistrazioni o altri dispositivi che gli permettano di comunicare. Lo stesso dicasi per la

¹⁶ Il suo *“consenso informato”* deve essere insomma «acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente» (art. 4, comma 1, legge n. 219/2017).

disciplina del ruolo riservato al *fiduciario*, la quale andrà opportunamente articolata soprattutto per il caso in cui il malato perda irrimediabilmente la coscienza. Anche in tal caso la legge n. 219/2017 può fungere da modello.

Più problematico appare invece l'eventuale inquadramento legislativo di un ulteriore requisito che la Consulta pare giudicare essenziale e che la definizione appena proposta non necessariamente contempla.

La Corte sembra infatti esigere che – al fine di poter legittimamente avanzare una richiesta di aiuto al suicidio – la persona malata debba essere necessariamente «tenuta in vita a mezzo di *trattamenti di sostegno vitale*»¹⁷. Com'è stato tuttavia opportunamente messo in luce, chi viene sottoposto a tali terapie non sempre è cosciente, né si trova nelle condizioni di porre in essere l'esecuzione materiale del proprio suicidio; di contro, a chi soffre anche atrocemente – ed è ancora capace di prendere decisioni informate, libere e consapevoli – non necessariamente vanno somministrati simili trattamenti. Non sembra dunque opportuno che una disciplina legislativa dell'aiuto al suicidio (e dell'eutanasia) calchi l'accento sull'essenzialità di un simile requisito: all'atto pratico esso potrebbe infatti sussistere o no, senza che questo debba incidere sulla bontà della richiesta del malato, né sulla gravità delle sue condizioni o sulla serietà dei suoi intendimenti e della sua sofferenza. Anche Fabiano Antoniani era del resto sottoposto a simili trattamenti solo a intermittenza.

Un capitolo a sé è poi rappresentato dal deciso riferimento – contenuto nell'ord. n. 207 del 2018 – all'avvenuto tentativo di far fronte alle sofferenze patite dal protagonista della vicenda processuale mediante *terapie palliative* e *trattamenti sperimentali* inseguiti «persino fuori dei confini nazionali»¹⁸; e così pure dall'affermazione per cui «il coinvolgimento» del richiedente «in un percorso di cure palliative dovrebbe costituire... un pre-requisito della scelta, in seguito, di un qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente»¹⁹. Sia chiaro: le terapie palliative – assolutamente centrali per la materia – devono essere senz'altro offerte, illustrate e persino decantate all'interessato (come lascia nitidamente intendere la stessa Corte); la legge, insomma, dovrebbe senz'altro prevederlo, agevolarlo e renderlo obbligatorio in ogni caso. Nulla, però, sembra vincolare il paziente a transitare sempre e comunque attraverso questa fase terapeutica prima di

¹⁷ Punto 8 del *Considerato in diritto*.

¹⁸ Punto 8 del *Considerato in diritto*.

¹⁹ Punto 10 del *Considerato in diritto*.

maturare (e poter chiedere) di essere aiutato a suicidarsi. Né il buon esito di simili trattamenti potrà comunque impedire al malato, ormai fisicamente e/o psicologicamente esausto, di pronunciare il suo “basta”.

In molti casi, cioè, l’obbligatoria proposta di simili trattamenti sarà senz’altro accettata e – in esito agli stessi – l’iniziale richiesta di essere aiutati a suicidarsi potrebbe quindi rientrare. Non è tuttavia detto che ciò avvenga in ogni circostanza: esiste infatti una pur piccola percentuale di casi refrattari a ogni terapia del dolore (in letteratura la si quantifica all’incirca nel 3-5%). Né va escluso che il malato ritenga sin da subito inaccettabile, per ragioni proprie e insondabili, sottoporsi alle cure tese ad alleviargli le sofferenze (o protrarne ulteriormente la somministrazione). Egli potrebbe altresì reputare la sedazione profonda e continua, disciplinata dalla legge n. 219/2017, in contrasto con la sua stessa idea di dignità personale; e potrebbe altresì accadere che il paziente – proprio com’è avvenuto nel caso di dj Fabo – non voglia prolungare i tempi del suo morire, sia per comprensibili paure proprie, sia per non gravare sulla sua tenuta emotiva nonché su quella dei propri cari, ritenendo che ciò vulneri, in primo luogo, la propria dignità nel suo rapporto con chi lo circonda²⁰.

Non sembra neppure convincente sottolineare le senz’altro esistenti difficoltà d’implementazione della legge n. 38 del 2010 (sulle cure palliative) per bloccare un’eventuale legge o una prossima pronuncia costituzionale dedicate a consentire un selettivo ricorso all’aiuto al suicidio (o alla stessa eutanasia); ferma restando la più che evidente necessità di dar luogo a tutte le misure che ne possano consentire la conoscenza oltre che la diffusa e uniforme applicazione sull’intero territorio nazionale. Ciò sia perché queste sarebbero difficoltà di mero fatto (che occorrerebbe comunque adoperarsi per superare rapidamente); sia perché proprio l’esistenza di una legge sull’aiuto al suicidio e sull’eutanasia potrebbe fornire ulteriore spinta alla compiuta attuazione della legge n. 38 (che procede a rilento); sia perché sarebbe altrimenti troppo semplice, per chi volesse ostacolare l’introduzione della nuova fattispecie, sabotare strumentalmente la diffusione delle misure di carattere palliativo (generando ulteriori ritardi); sia perché rincorrere la perfezione, in queste materie, pare costituire un obiettivo destinato a non avere mai uno sbocco preciso. Senza dire che tale critica dovrebbe allora applicarsi anche allo stesso diritto (fondamentale) di rifiutare le terapie

²⁰ Punto 9 del *Considerato in diritto*.

salvavita da parte del paziente capace, bloccando – nel frattempo – anche questa opportunità²¹. Il che, però, non può essere in discussione.

Ogni valutazione dei singoli casi dovrà insomma essere formulata tenendo conto delle condizioni date, offrendo il meglio di quanto è professionalmente e umanamente possibile *de facto* e non in un'astratta potenza.

In conclusione, va rimarcato che, a ben vedere, tutto ciò che la Corte illustra e sottolinea nella sua pronuncia – specie con riguardo al richiamato ricorso ai trattamenti di sostegno vitale – sembra, in realtà, più precisamente scaturito dalla peculiare fisionomia della fattispecie concreta che ha generato la *quaestio* ora (solo) provvisoriamente decisa con l'ord. n. 207 (e che la Corte si premura addirittura di illustrare in più passaggi)²². Quelle circostanze rafforzano, cioè, le conclusioni della Corte e riflettono la specifica identità di situazioni – da essa sostenuta – tra l'ipotesi del rifiuto dei trattamenti salvavita e la richiesta che, nelle medesime circostanze, si possa farla finita mediante l'aiuto di terzi. Da ciò scaturisce lo specifico *petitum* al quale la Corte deve offrire risposta nel rispetto del principio processuale della corrispondenza tra chiesto e pronunciato (art. 27, legge n. 87/1953). Nulla esclude pertanto la legittimità di altre discipline, né che la Corte – chiamata in causa da giudizi aventi a oggetto fattispecie diversamente declinate – non possa ritoccare (o invocare l'intervento del legislatore) anche in riferimento ad altre frange dell'art. 580 (e dello stesso art. 579) c.p. Dando luogo, cioè, a quel ben noto “effetto a grappolo” che ha caratterizzato non pochi settori della sua giurisprudenza.

5. Le (dovute) cautele

La delicatezza della scelta legislativa da assumere nei casi *de quibus* impone che l'aiuto al suicidio e la correlata disciplina dell'eutanasia vengano circondati da opportune *cautele*.

In tal senso, la legge dovrebbe garantire che *il coniuge, la persona unita civilmente, il convivente e i più stretti parenti del malato siano informati della sua intenzione*, contestualmente al *diritto di quest'ultimo di consultare tutti coloro con i quali chiedesse d'interagire* (medici di qualsiasi natura,

²¹ Punto 10 del *Considerato in diritto*.

²² Punto 8 del *Considerato in diritto*.

coniugi, conviventi o persona con cui è unito civilmente, parenti, amici, fiduciario, esperti, consulente filosofico, persone di fede ecc.).

Consigliabile pare altresì che l'azione esecutiva avvenga soltanto in *ambiente medico* (o sottoposto a controllo medico) e mediante la stretta vigilanza degli operatori del SSN. Ciò offre, infatti, idonee garanzie sulla serietà della procedura, sull'autenticità della richiesta e sul rispetto dei dettagli operativi delineati dalla legge, consentendo altresì – alla bisogna – i tempestivi interventi che si rendessero ipoteticamente indispensabili per ovviare alle impreviste sofferenze di chi fosse aiutato a morire.

Come insomma afferma puntualmente la Corte, «in assenza di una specifica disciplina della materia... qualsiasi soggetto – anche non esercente una professione sanitaria – potrebbe lecitamente offrire, a casa propria o a domicilio, per spirito filantropico o a pagamento, assistenza al suicidio a pazienti che lo desiderino, senza alcun controllo *ex ante* sull'effettiva sussistenza, ad esempio, della loro capacità di autodeterminarsi, del carattere libero e informato della scelta da essi espressa e dell'irreversibilità della patologia da cui sono affetti»²³. Agli occhi della Corte la “medicalizzazione” del paziente costituisce, dunque, un requisito fondamentale di tali procedure.

Sembra inoltre consigliabile che la decisione medica di dar seguito alla richiesta del malato venga caratterizzata dalla *collegialità*. Ne deriva l'evidente importanza di formare gruppi composti da esperti di medicina (e non solo) i quali possano esprimersi su quanto formulato dal paziente, vagliandone la congruità e la serietà, oltre che il contesto nel quale la richiesta è maturata: pare quindi consigliabile che il medico destinatario della domanda del malato, assieme all'*equipe* in cui è inserito, coinvolgano almeno un altro specialista indipendente (come avviene in Belgio per le ipotesi di prognosi infausta a breve termine), nonché, ad esempio, uno psicologo, un medico psichiatra e/o un assistente sociale.

Tali gruppi potrebbero essere chiamati a rispondere alle sollecitazioni del paziente in un *arco di tempo variabile*, a seconda che la domanda d'aiuto provenga da un soggetto ormai prossimo al decesso ovvero da un paziente che, secondo la valutazione dei medici, potrebbe invece vivere ancora per un significativo tratto. In quest'ultima ipotesi si potrebbe prevedere il requisito della reiterata richiesta di essere aiutati a suicidarsi o la verifica (a una distanza di tempo sensata) della

²³ Punto 10 del *Considerato in diritto*.

pervicace volontà del malato di cessare di vivere: ad esempio, potrebbe ritenersi ragionevole chiudere l'*iter* in discorso nell'arco di un mese²⁴.

Consigliabile pare altresì prevedere che tali collegi si esprimano almeno a *maggioranza assoluta*; la certo auspicabile unanimità – che andrebbe comunque ricercata – offrirebbe infatti il possibile destro a concertate azioni di veto.

A impedire pericolosi fraintendimenti – benché sostanzialmente pleonastico, ma utile per assicurare la tranquillità agli operatori – sarà senz'altro bene escludere espressamente *ogni* forma di *responsabilità giuridica* per chi partecipi e collabori all'azione suicida (o all'eutanasia) del malato, rispettando scupolosamente la procedura dettata dalla legge. Così come sarebbe consigliabile affrontare il tema della simmetrica responsabilità del personale medico che ignori le volontà del paziente o ne ostacoli illegittimamente la realizzazione.

Rimane poi senz'altro vero che la legge non potrà dettagliatamente illustrare i requisiti richiesti alle strutture coinvolte, gli accorgimenti, le verifiche, i criteri, la valutazione dei segni verbali e non verbali, i colloqui che il paziente disseminerà nella sua relazione di cura e nel quadro procedurale della sua richiesta di essere aiutato a morire. Insomma, la legge potrà soltanto delineare la cornice essenziale (ma solida) entro la quale si dovrà poi collocare tutta questa congerie di valutazioni e verifiche. Fondamentale sarà pertanto il rinvio, l'elaborazione e/o la modifica di *regolamenti*, *Codici deontologici*, *Linee guida*, *Protocolli* etc. che diano corpo a queste dimensioni essenziali della relazione di cura e di dialogo tra pazienti ed esperti, nel rispetto di quanto stabilito dalla legge²⁵.

Potrebbe inoltre essere una dimenticanza di non poco conto (per l'incertezza che ciò genererebbe) se la nuova legge non indicasse di preciso come i giudici dovranno valutare le *fattispecie di aiuto al suicidio (e di eutanasia) poste in essere prima della sua entrata in vigore, e, quindi, senza rispettarne le coordinate*: lo segnala la stessa Corte costituzionale²⁶. A essere in gioco è infatti la libertà degli agenti, ai quali si applicherebbe le draconiane forbici edittali tracciate dagli artt. 579 e 580 c.p.

²⁴ Sulla falsariga di quanto previsto dall'art. 3, comma 3, n.2 della legge belga in materia di eutanasia.

²⁵ Un richiamo in tal senso si trova nella proposta di legge n. 1586.

²⁶ Lo esplicita la stessa Consulta (punto 10 del *Considerato in diritto*): esiste «l'esigenza di introdurre una disciplina *ad hoc* per le situazioni pregresse (come quella oggetto del giudizio *a quo*), che di tale non punibilità» – eventualmente stabilita dall'auspicata legge sull'aiuto al suicidio – «non potrebbero altrimenti beneficiare».

Senz'altro opportuno sarà inoltre prevedere forme di *monitoraggio dell'applicazione della legge*, da svolgersi a cura del Ministero – sulla falsariga di quanto già avviene per la disciplina sull'interruzione di gravidanza o per quella sulla procreazione assistita – ovvero da apposite commissioni locali incaricate di accertare il puntuale rispetto delle procedure (come praticato, ad esempio, in Belgio, in Olanda e in Lussemburgo). Funzionale a tutto questo sarà altresì la formazione di un *registro nazionale* delle procedure di aiuto al suicidio e di eutanasia via via attivate (nel rispetto del diritto alla *privacy*); il costituendo registro della DAT potrà invece ospitare le disposizioni che contengono simili richieste per quando si sarà irreversibilmente incapaci.

A monte, occorrerà altresì che il legislatore operi una scelta preliminare di non poco momento: *a chi sarà consentito sottoporsi a una simile procedura?* Ai soli cittadini? A chiunque? Ai soli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale²⁷? Quale tra queste opzioni non cozza con il principio di uguaglianza e di ragionevolezza, ovvero con il divieto di discriminazioni?

6. L'obiezione di coscienza del personale medico

Nei casi di aiuto al suicidio e di eutanasia il legislatore potrà altresì prevedere la possibile *obiezione di coscienza* dei medici contrari a prestare la propria opera nel corso di simili pratiche.

Per evitare che l'obiezione si possa però trasformare in un vero e proprio sabotaggio della stessa legge – sulla falsariga di quanto sperimentato e accertato anche da organismi sovranazionali nel caso della legge n. 194/1978 – pare opportuno circondare tale ipotesi da una serie di accorgimenti: va infatti scrupolosamente evitato che siano annichiliti i diritti dei soggetti “travolti” dalle fattispecie sin qui descritte.

Ad esempio, sarebbe opportuno precisare che i medici debbano rappresentare al paziente la loro indisponibilità a prestarsi a simili procedure sin dal primo momento in cui il problema emerga, così da consentire al malato di rivolgersi tempestivamente ad altri professionisti.

Il medico obiettore non potrà inoltre abbandonare il paziente che chieda di essere aiutato a suicidarsi o avanzi la richiesta di essere sottoposto a un'azione eutanasi; la legge dovrà invece prevedere che egli sia comunque tenuto a prodigarsi al fine di favorire il contatto e l'incontro tra il

²⁷ Come espressamente previsto dalla legislazione del Canada.

malato e altri suoi colleghi propensi ad aiutarlo, praticandogli, nel frattempo, ogni terapia tesa ad alleviargli le sofferenze. Tale attività “di consulenza” non pare, infatti, direttamente e specificamente diretta a provocare la morte del paziente.

Non va neppure esclusa la previsione di carichi sostitutivi di lavoro nei confronti dei professionisti obiettori. Ciò servirebbe a saggiarne le buone ragioni e non dovrebbe comunque costare loro eccessivi sacrifici “pagare un prezzo” al fine di testimoniare convinzioni così profonde.

Un rimedio di certo più efficace potrebbe però consistere nel prevedere esplicitamente, nella legge, l’obbligo che una specifica percentuale di organico delle strutture sia comunque costituito da non obiettori. Ciò aprirebbe, infatti, alla possibilità di bandire concorsi riservati a professionisti di tal genere, allo scopo di garantire la tutela del diritto alla salute e l’autodeterminazione del paziente.

Poste tali premesse, si potrà ritenere che il requisito della “non obiezione” dovrà poi essere rispettato anche nel corso del rapporto di lavoro. Qualora perciò il medico diventasse, per una qualsiasi ragione, obiettore di coscienza, egli dovrà chiedere di essere spostato ad altra posizione compatibile con il suo nuovo stato (se disponibile). Il rifiuto di praticare il trattamento fine-vita da parte di un medico assunto in quanto non obiettore costituirebbe invece un inadempimento, come tale gradualmente sanzionabile.

La formulazione normativa dovrà inoltre chiarire – al di là di ogni ragionevole dubbio – che l’obiezione sarà consentita solo a chi svolga azioni che immediatamente precedono l’esito finale, evitando in tal modo gli ostruzionismi praticati da chi fornisca servizi fungibili e solo lateralmente o lontanamente coinvolti nella procedura.

In chiusura, pare doveroso sottolineare che – in risposta a considerazioni che spesso vengono fatte balenare – anche il medico disponibile ad accompagnare il malato terminale nel suo ultimo percorso di vita, accelerandone il decesso in base alla sua volontà, non sia affatto un professionista (e una persona) priva di valori di riferimento. Al contrario, egli poggerrebbe la sua attività su un’evidente concezione personalistica, pluralistica e dignitaria della coscienza di ciascuno, valorizzando il malato effettivamente capace e informato per ciò che è: una persona dotata di idee e di convinzioni profonde, in grado di assumere decisioni consapevoli su se stesso, specie in momenti così delicati e caratterizzanti della propria esistenza²⁸. Così come la disponibilità a procurare aborti o a “staccare la spina” non ha quindi determinato alcuna perdita di fiducia nei confronti dei

²⁸ Come afferma la stessa Corte costituzionale al punto 9 del *Considerato in diritto*.

ginecologi o degli anestesisti, lo stesso di certo accadrà anche per chi si rendesse disponibile ad aiutare il suicidio o a provocare l'eutanasia volontaria dei malati che coscientemente e volontariamente implorassero l'uno o l'altra nel rispetto di quanto stabilito – a garanzia di tutti – dalla legge.