



PER IL DIRITTO  
AL SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO:  
UN'URGENZA NON PIÙ RIMANDABILE



Atti del convegno  
*Per il diritto al suicidio medicalmente assistito:  
un'urgenza non più rimandabile*

Organizzato dall'Unione degli Atei e degli Agnostici Razionalisti APS e dalla  
Consulta di Bioetica Onlus il 9 settembre 2019, presso la sala Isma del Senato della  
Repubblica, Palazzo di Santa Maria in Aquiro, piazza Capranica 72, Roma.



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons  
Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 2.5 Italia.

# Sommario

Introduzione	5
Maurizio Mori Perché questo Convegno e il perché di un appello alla Corte costituzionale	7
Roberto Grendene Presentazione e lettura dell'appello alla Corte costituzionale	10
Carlo Flamigni Il diritto al suicidio assistito è sostenuto dai cambiamenti intervenuti in campo medico	13
Piergiorgio Donatelli Perché una democrazia matura ammette il suicidio medicalmente assistito	20
Patrizia Borsellino Perché il diritto non può perdere l'occasione di garantire la dignità sino alla fine della vita	23
Mario Riccio Perché il medico ha il dovere di accettare la richiesta della morte medicalmente assistito	29
Mariella Immacolato Bioetica, deontologia medica e suicidio medicalmente assistito	32
Nicola Marongiu La Cgil e la battaglia per l'autodeterminazione della persona nel fine vita	35
Marinella Maucioni Piludu Da una vicenda personale alla questione civile e politica del diritto al suicidio medicalmente assistito	38
Beppino Englaro Eluana, liberi di scegliere come base per le opzioni di fine vita	41
Matteo Mantero, senatore del Movimento 5 Stelle, dialoga con la giornalista Margherita De Bac Cosa è successo e cosa succederà in Parlamento	44
Emilio Coveri L'oppressiva minaccia del reato di aiuto al suicidio oggi incombente	48
Luca Savarino Il suicidio medicalmente assistito non è frutto di individualismo	51

Giorgio Trizzino, deputato del Movimento 5 Stelle, dialoga con la giornalista Margherita De Bac Il lavoro in Commissione parlamentare sul fine vita	54
Doriana Sarli Per una nuova legge sul fine vita	58
Alessandra Pisu Suicidio medicalmente assistito e diritti fondamentali della persona	60
Johannes Agterberg Il fine vita volontario in Italia visto da un olandese attento alle questioni bioetiche	63
Adele Orioli Diritti alla sbarra: evoluzione giurisprudenziale nella tutela dei diritti umani	66
Monica Cirinnà Una questione di dignità, per i malati e per la politica	70
Rossana Cecchi Compito del medico e suicidio medicalmente assistito dal punto di vista medico-legale	73
Eugenio Lecaldano Ricadute positive di un diritto al suicidio medicalmente assistito per una libera ricerca del senso della vita	77
Paolo Briziobello Suicidio medicalmente assistito: la cultura della vita e il senso delle parole	82
Elisabetta Canitano Che cosa chiamiamo “vita”: per un fine vita con dignità	85
Michela Macchetti Una toccante testimonianza sul suicidio	88
Maurizio Mori Brevi conclusioni	89
Sentenza della Corte costituzionale n. 207/2018	93
Sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019	108

## Introduzione

A pochi giorni dalla pronuncia della Corte costituzionale prevista per il 24 settembre 2019, abbiamo ritenuto opportuno costituirci idealmente come *amici curiae* e lanciare un appello a sostegno del diritto di suicidio medicalmente assistito. Per dare visibilità pubblica all'iniziativa e per approfondire gli aspetti della tematica dai vari punti di vista (etico, filosofico, medico, giuridico e anche di esperienza personale) abbiamo pensato di organizzare un convegno, dal titolo "Per un diritto al suicidio medicalmente assistito: un'urgenza non più rimandabile", in cui ribadire in modo forte e chiaro che anche in Italia la pratica è diventata un'essenza sociale diffusa. Auspichiamo che la Corte riconosca al più presto questo diritto così da garantire l'opportunità anche in Italia di accedere al suicidio medicalmente assistito.

Il convegno si è tenuto il 9 settembre 2019 presso la sala Isma del Senato della Repubblica ed è stato organizzato da Consulta di bioetica e dall'Unione degli atei e degli agnostici razionalisti, con la collaborazione di A buon diritto, Associazione Per Eluana, Associazione Walter Piludu, Centro culturale protestante di Torino, Comitato per l'etica di fine vita, Confederazione generale italiana del lavoro, Exit Italia, Itinerari laici, Libera uscita, Litaliain testa, Politeia. Si sono confrontati in questa occasione attivisti, filosofi, giuristi, medici e politici per esplorare i vari aspetti del dibattito sul tema, con un'ottica laica, propositiva e orientata alla promozione dei diritti. Durante il convegno è stato lanciato un appello alla Corte costituzionale affinché riconosca la fondatezza del diritto al suicidio medicalmente assistito nell'ambito del Sistema sanitario nazionale.

«Di fronte all'immobilità del Parlamento – ha spiegato il segretario dell'Unione degli atei e degli agnostici razionalisti, Roberto Grendene – assieme alla Consulta di bioetica e con il sostegno di altre undici associazioni abbiamo deciso di fare sentire la voce laica a favore del diritto al suicidio medicalmente assistito. Nessuna persona deve essere condannata a vivere in condizioni di sofferenza che ritiene inaccettabili e lo Stato, attraverso il Servizio sanitario nazionale, deve aiutare queste persone rispettando la loro volontà e la loro dignità. Per ottenere questo obiettivo durante il Convegno sarà lanciato un appello rivolto alla Corte costituzionale, chiamata a breve a esprimersi sull'illegittimità del divieto all'aiuto al suicidio».

«Se si guarda la situazione mondiale – ha fatto eco Maurizio Mori, presidente della Consulta di bioetica onlus – ci si rende conto che sulle questioni di fine vita solo alcuni stati con pochi abitanti (sotto i 20 milioni, come Olanda, Belgio e Oregon) riescono a legalizzare soluzioni favorevoli alla morte volontaria. Negli stati più popolosi (la California fa eccezione!) la politica si rivela incapace di trovare mediazioni adeguate, e allora il compito passa alle Corti supreme che interpretano le Costituzioni, le quali solitamente mettono alla base la libertà individuale. Ecco perché abbiamo pensato di organizzare un convegno per rivolgerci direttamente alla Corte costituzionale, dopo aver preso atto che il Parlamento non sarebbe riuscito a concludere nulla, come peraltro è capitato anche in altri Stati vicini: si pensi alla Francia, per esempio o anche alla Gran Bretagna».

Nel trentesimo anniversario della storica sentenza 203/1989, con cui la Corte costituzionale ha riconosciuto la laicità come «supremo principio costituzionale», i firmatari dell'appello, esponenti

di una pluralità di concezioni del mondo, hanno perciò auspicato che la Corte Costituzionale dichiarasse l'illegittimità parziale dell'articolo 580 del Codice penale, riconoscendo la fondatezza costituzionale del diritto al suicidio medicalmente assistito nell'ambito del Sistema sanitario nazionale: diritto derivante dal giusto rispetto dell'autonomia del cittadino e dai legami solidaristici che reggono il vincolo sociale.

Roma, 9 settembre 2019

Unione degli Atei e degli Agnostici Razionalisti APS  
Consulta di Bioetica Onlus

## **Maurizio Mori**

Presidente della Consulta di bioetica onlus, componente del Centro studi Politeia, docente presso l'Università degli Studi di Torino

### **Perché questo Convegno e il perché di un appello alla Corte costituzionale**

È un onore aprire questo convegno il cui obiettivo è ovvio e in parte dovuto, ma che merita di essere ricordato: come associazioni portatrici di una visione laica del mondo, non potevamo non far sentire la nostra voce sul tema del suicidio medicalmente assistito e della morte volontaria in questo momento, ossia prima dell'udienza della Corte costituzionale del 24 settembre prossimo. Non è stato facile organizzare il Convegno nel periodo burrascoso delle ultime settimane, perché la crisi di governo prima e la formazione del nuovo esecutivo poi hanno posto ulteriori ostacoli a quelli comuni del tempo di vacanza. Grazie alla pronta e fattiva collaborazione del senatore Matteo Mantero, che ringrazio, siamo riusciti a centrare il bersaglio.

Come associazioni che hanno obiettivi culturali era decisivo presentarci in pubblico, perché questo è nei nostri compiti fondanti. La Consulta di Bioetica si è coordinata con la Uaar perché già abbiamo collaborato in altre occasioni, e siamo stati subito sostenuti da altre undici associazioni che hanno sostenuto l'iniziativa e condiviso l'appello.

Per noi era ed è fondamentale, anzi direi decisivo, poter discutere del suicidio medicalmente assistito in questa splendida sala del Parlamento italiano, cioè in un luogo istituzionale dello stato aperto a tutti i cittadini. La Consulta di Bioetica (l'associazione che presiedo) già lo ha fatto nel 2017, con un partecipato convegno sull'eutanasia, e ancora il 20 febbraio scorso con un altro convegno dal titolo "Eluana 10 anni dopo", che ha visto l'intervento del presidente della Camera dei deputati, Roberto Fico. Ma ora siamo qui assieme a un'altra associazione laica, la Uaar, e a altre undici formazioni, perché sul piano simbolico ciò sta a indicare che il suicidio medicalmente assistito è tema di carattere pubblico e deve uscire dalla penombra in cui è rimasto sino a qualche tempo fa. Il fatto di essere riusciti a tenere il Convegno in questo luogo istituzionale è un successo culturale di grande momento, perché la cultura è fatta di simboli, di atteggiamenti o orientamenti, e di idee.

Per cogliere l'importanza del significato del luogo, ricordo che tra qualche giorno altre associazioni cattoliche terranno un convegno su tema analogo al Centro congressi della Cei, la Conferenza episcopale italiana: noi, invece, siamo qui, nella casa di tutti, come lo eravamo qualche mese fa a ricordare il decennale della fine di Eluana, mentre loro sono in un luogo privato di una parte, il Centro congressi della Conferenza episcopale italiana, una specifica prospettiva religiosa (non l'unica, perché il Centro di cultura protestante di Torino è con noi).

Noi siamo qui, a presentare le nostre idee nel centro politico di Roma, a due passi dal Parlamento, mentre loro discuteranno le loro lontano dal centro, vicino al Vaticano, quasi che la localizzazione sia indice sul piano simbolico della rilevanza teorica delle idee proposte.

Noi siamo qui, in una sala del Parlamento che sarà comunque chiamato a regolare il suicidio medicalmente assistito e la morte volontaria, perché – come dice il titolo di questo convegno – è ormai «un'urgenza non più rimandabile»; mentre loro sono a in zona più decentrata, quasi che

la posizione sia diventata marginale. A insistere sul mantenimento di uno status quo che ormai è superato dalla natura delle cose.

Noi siamo qui, in una sala del Parlamento per costituirci come *amici curiae*, ossia esponenti della società civile che avanzano suggerimenti alla Corte suprema. Sappiamo bene che l'ordinamento italiano non prevede questo istituto, che è proprio del *common law* e rimasto in vigore pressoché solo negli Stati Uniti d'America, ma visto che intendiamo proporre un allargamento della libertà e dell'autonomia individuale, ci siamo presi la libertà di metterci sulle orme del diritto anglosassone e lanciare il nostro messaggio. Siamo in tempi di grandi cambiamenti epocali e anche sul piano giuridico bisogna adeguare i quadri normativi alle nuove esigenze. Noi siamo qui, quindi, in luogo istituzionale, per lanciare una proposta giuridicamente innovativa, e lo abbiamo annunciato subito nel programma, mentre loro continuano a riproporre quanto già noto.

Ho insistito sul significato simbolico della sede, perché – come ho detto – una cultura è fatta di simboli, di atteggiamenti e di idee: il successo sul piano simbolico è il segno di un cambiamento circa gli atteggiamenti profondi, cioè l'orientamento che ci porta a guardare e percepire la realtà in un certo modo piuttosto che in un altro. Il fatto che siamo qui significa che nel nostro paese è mutato anche l'atteggiamento di fondo nei confronti del morire, e che l'indisponibilità del morire non ha più presa, non è più autoevidente, ha cioè cessato di orientare la condotta.

L'insistenza sulla contrapposizione tra la posizione sostenuta in questo convegno e dall'appello che presentiamo, e la posizione che verrà presentata dalle associazioni cattoliche, non comporta quella che oggi, dopo il fortunato libro del sociologo americano James Hunter, viene chiamata «guerra culturale».

Hunter ha ragione quando osserva che oggi c'è lotta per la conquista dei simboli e di quella che Antonio Gramsci avrebbe chiamato la «egemonia culturale»; e ha ancora ragione quando sottolinea che in tale guerra un ruolo determinante è svolto dai “professionisti della conoscenza” (*knowledge workers*), che si pongono sulla pubblica scena e che non includono più solo gli accademici (il cui peso è anzi in calo), ma pensatori religiosi, giornalisti e altre figure capaci di influenzare l'opinione pubblica. Noi, come associazioni culturali rappresentiamo questa linea. È vero che c'è una forte contrapposizione, ma per noi organizzatori di questo convegno non si tratta di una guerra culturale, perché la nozione di «guerra culturale» comporta come elemento essenziale l'impegno a screditare l'avversario e a minarne la credibilità, evitando l'analisi razionale, il ragionamento e l'argomentazione. Dal canto nostro, l'approfondimento critico rimane essenziale e non intendiamo affatto metterci a screditare chi ha posizioni diverse. Questo perché non ne abbiamo bisogno, in quanto la nostra prospettiva fa parte di quella «compiuta visione del mondo» che – come scriveva Ernst Mach – che ciascuno trova dentro di sé e «alla cui formazione non ha intenzionalmente contribuito in alcuna misura e riceve in dono dalla natura e dalla cultura». Tesi che richiama quello che Henry Sidgwick chiamava «utilitarismo inconscio» proprio della *common sense morality*. Gli argomenti a sostegno del suicidio medicalmente assistito e della morte volontaria derivanti da questa compiuta visione del mondo sono riepilogati in breve nell'appello, e rivelano la forza delle idee: l'ultimo elemento costitutivo di una cultura, dopo quello relativo al piano simbolico e su quello degli atteggiamenti.

L'altro giorno papa Francesco ha condannato l'eutanasia osservando che «in realtà si basa su una visione utilitaristica della persona, la quale diventa inutile o può essere equiparata a un costo, se dal punto di vista medico non ha speranze di miglioramento o non può più evitare il dolore». Questo breve passo si usa il termine «utilitaristico» in senso spregiativo, per screditare la prospettiva: è forse il caso di ricordare a papa Francesco che l'utilitarismo propugna la massimizzazione del benessere del maggior numero e l'autorealizzazione, un aspetto sicuramente positivo per ciascuno di noi e per tutti. Sembra assurdo proporre una visione in cui prevale il dolore e la sofferenza. Oggi il problema è sapere come attuare questo obiettivo alla luce dei cambiamenti circa la fine della vita. È sotto gli occhi di tutti che oggi in certe circostanze alla fine della vita ci sono sofferenze terribili che non sono evitabili neanche dalle cure palliative: per questo il ricorso alla morte volontaria diventa un'esigenza indilazionabile.

Allargherei anzi lo sguardo: per risolvere i nuovi problemi si deve chiarire che l'espressione "vita umana" è ormai inadeguata e si deve distinguere tra vita meramente biologica e vita "biografica", e che l'obiettivo etico è favorire il massimo di vita biografica. A questo concorrono anche le prospettive religiose in cui dio vuole il bene di tutti: per questo tra i relatori e tra le associazioni promotrici ci sono anche persone con prospettive religiose: indice che noi laici prendiamo atto della contrapposizione culturale ma non vogliamo la guerra.

Ultima osservazione: il fatto che la sala sia piena e che in pochi giorni un centinaio di persone sia venuto qui da ogni parte d'Italia al convegno non solo è una conferma di quanto diffusa sia l'esigenza, ma anche che le idee qui proposte sono ormai accettate. Con questo passo la parola al collega Roberto Grendene.

## Roberto Grendene

Segretario nazionale Uaar

### Presentazione e lettura dell'appello alla Corte costituzionale

Ringrazio anch'io tutte e tutti voi per essere qui. È importante esserci ed è importante che il convegno si svolga in questo luogo istituzionale, come ha ricordato Maurizio Mori. Sta tutto nella seconda parte del titolo del convegno di oggi. Se l'inizio è "Per il diritto al suicidio medicalmente assistito", la continuazione è "un'urgenza non più rimandabile". Non a caso è stata messa in maggiore evidenza nella locandina. Dopo l'approvazione della legge sul testamento biologico siamo infatti a un altro momento di svolta sui diritti collegati all'autodeterminazione nel fine vita. Tra pochi giorni la Corte costituzionale interverrà in merito alla liceità del suicidio medicalmente assistito, dopo aver dato un anno di tempo – undici mesi di tempo – al Parlamento per legiferare. Un anno durante il quale il Parlamento è rimasto sostanzialmente immobile. Sul banco c'è la questione del profilo di (in) costituzionalità dell'articolo 580 del Codice penale, che punisce in ogni caso e allo stesso modo sia l'aiuto al suicidio che l'istigazione al suicidio.

Il clima in cui si svolge questo convegno è stato descritto in parte da Maurizio Mori poco fa: c'è stata l'entrata a gamba tesa del papa in prima persona e ci sarà tra due giorni quella della Cei, che scende in campo in forze in casa propria.

Io aggiungo altre due considerazioni. Abbiamo subito l'invasione dello spazio pubblico – perché i cartelloni pubblicitari sono spazio pubblico – da parte delle cosiddette associazioni "pro vita", che hanno di nuovo tentato di colpire l'opinione pubblica scioccandola. A mio avviso hanno ottenuto l'effetto opposto: con i loro cartelloni hanno posto l'attenzione sul tema "ci vogliono spingere a scegliere", posto in relazione a persone care in stato di grande sofferenza («E se fosse tua mamma?»; «E se fosse tua sorella?»; «E se fosse tuo figlio?»). Ebbene le reazioni sono state tutte nel considerare quel "ci vogliono spingere a scegliere" come un'assunzione di responsabilità, un riconoscimento della scelta per la propria vita, senza togliere il diritto a chi ha promosso e stampato quei cartelli di poter scegliere in maniera diversa per la sua.

L'altra considerazione riguarda la rassegna stampa di ieri. «La Stampa» e «Il Tempo» parlavano di pressioni da parte delle più alte gerarchie vaticane direttamente sul premier incaricato Giuseppe Conte, al punto che potrebbero esserci passi concreti verso il "no-eutanasia" nel suo discorso programmatico previsto per oggi alla Camera. Staremo a vedere.

In ogni caso il clima è questo, il momento è questo: la Corte costituzionale tra quindici giorni interverrà. E proprio per questo abbiamo voluto far sentire la voce laica all'opinione pubblica e alla Consulta, tramite l'appello ad essa indirizzato e che mi accingo a leggere. È un appello che è stato redatto grazie al lavoro di docenti, di rappresentanti di associazioni, di giuristi, di attivisti e di medici, coordinato con pazienza e competenza dal professor Mori, che ringrazio. L'appello, come ha già detto il professor Mori, viene presentato come ideali *amici curiae*, sottoponendo alla Corte le nostre buone ragioni affinché possa decidere per il meglio. Perché pensiamo che nessuna persona

deve essere condannata, nel proprio fine vita, alla sofferenza. In particolare riteniamo che lo stato attraverso il Servizio sanitario nazionale debba aiutare queste persone, rispettando la loro volontà e la loro dignità.

Passo ora a leggere l'appello che viene presentato oggi e che sarà inviato alla Corte costituzionale.

### *Appello alla Corte costituzionale perché riconosca il diritto al suicidio medicalmente assistito*

I sottoscritti firmatari di quest'appello condividono l'urgenza che in Italia sia modificato il divieto assoluto di aiuto al suicidio posto dall'articolo 580 del Codice penale, perché oggi esso non risponde più ai valori personalissimi di libertà e di autonomia costitutivi della dignità della persona, costituzionalmente tutelata. Presentando quest'appello al convegno "Per il diritto al suicidio medicalmente assistito: un'urgenza non più rimandabile" (Roma, 9 settembre 2019), i sottoscritti si rivolgono alla Corte costituzionale in vista dell'udienza fissata per il 24 settembre 2019, costituendosi idealmente come *amici curiae* che riepilogano le principali ragioni a sostegno del suicidio medicalmente assistito e della parziale illegittimità dell'articolo 580 del Codice penale.

L'enorme sviluppo delle tecniche mediche degli ultimi decenni ha reso obsolete parte delle modalità di tutela della vita umana apprestate prima dell'avvento della rivoluzione biomedica oggi in corso. In particolare, il suicidio medicalmente assistito si differenzia sostanzialmente dalle forme più tradizionali di questa azione, nelle quali il suicida fa tutto da solo e in segreto, tenendo celati i propositi e le modalità di esecuzione. Nelle nuove condizioni, il proposito di porre fine alla propria vita è dichiarato pubblicamente, e quest'aspetto cambia radicalmente la situazione, perché consente un approfondimento della richiesta, una valutazione delle ragioni che la sostengono, e anche una eventuale rimozione delle difficoltà contingenti (sociali, psicologiche e d'altro tipo) che potrebbero averla generata. La nozione di "aiuto" deve essere ripensata alla luce delle attuali capacità mediche, perché nel nostro contesto l'assistenza si pone come collaborazione a una richiesta pubblicamente controllabile che è avanzata dall'interessato per realizzare il proprio progetto esistenziale. Non basta, pertanto, né l'appello alla generica "tutela della vita", né tantomeno la sottolineatura dello stato di "fragilità" delle persone prossime alla morte, per mantenere intatto l'attuale divieto previsto dall'articolo 580 del Codice penale.

I valori etici che la pratica del suicidio medicalmente assistito si propone di tutelare sono la libertà e l'autodeterminazione, ossia i valori costitutivi della sfera personalissima di ciascuno, che riceve la massima protezione nella tradizione costituzionale liberale e democratica. La persona ha diritto al rispetto delle proprie decisioni autonome, e questo vale soprattutto alla fine della vita quando si completa il progetto esistenziale: le persone vogliono morire in coerenza con il proprio modo di vita, che non è lo stesso per ognuno di noi. Alcuni rifiutano l'idea stessa di morte, e lottano contro la morte in ogni modo, sopportando qualsiasi intervento; altri, invece, la accettano e non fanno nulla né per allontanarla né per anticiparla; altri ancora, infine, vogliono fermarsi quando vedono che il continuare la vita porta a sfigurare se stessi. Non è solo il dolore il fattore principale che può portare alla richiesta di aiuto finale, ma a strutturare la decisione è il senso della propria dignità, che si avverte essere minacciata o violata quando il processo del morire è sottratto al nostro controllo e alla

nostra libertà. Posizione questa sostenuta anche dalla maggioranza dei componenti del Comitato nazionale per la bioetica (Cnb) nel parere apposito del 18 luglio 2019, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*.

Non vale l'obiezione che è impossibile accertare la volontà dell'interessato prossimo alla morte, perché in realtà ci sono metodi per farlo. La legge 219/2017 li stabilisce anche «in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi» (articolo 4, comma 1) regolando le disposizioni anticipate e le modalità per la raccolta delle stesse. Come ci sono forme attraverso cui è possibile accertare il consenso informato di chi vuole rifiutare le cure salvavita e accetta la morte lasciando che la natura faccia il proprio corso, così è possibile accertare l'autenticità della richiesta di chi chiede assistenza medicalizzata al suicidio.

Non solo il rispetto per le scelte autonome dell'interessato sostiene la liceità del suicidio medicalmente assistito, ma vi sono anche ragioni di tipo solidaristico che portano in quella direzione. Infatti, l'assistenza offerta a chi si trova in una situazione di profonda sofferenza può essere dettata da benevolenza. È certamente crudele lasciare immutato l'attuale divieto imposto dall'articolo 580 del Codice penale che in pochi anni ha portato oltre 600 italiani a recarsi in Svizzera, lontano dai propri affetti, pur di cessare le sofferenze di un'esistenza ormai giunta alla conclusione. Il fenomeno del "turismo per suicidio" (*suicide tourism*) è in crescita, e sollecita sia problemi di giustizia sociale dal momento che la pratica è accessibile solo agli abbienti, sia aperture alla "morte volontaria", nozione che include l'eutanasia attiva volontaria ossia la pratica in cui l'atto finale è compiuto da terzi su richiesta dell'interessato.

Le professioni sanitarie sono dedite al servizio alla persona e alla salute intesa come stato di benessere psicofisico. Molti medici già condividono le nuove esigenze circa la fine della vita e sono disponibili a prestare l'assistenza richiesta al suicidio: pratica che consente di tutelare la "salute-benessere". L'auspicio è che presto cambino le regole deontologiche, e che esse ammettano anche il suicidio medicalmente assistito, consentendo ciò che già è accaduto con il consenso informato, il rispetto della privacy, la contraccezione, l'aborto, e altre pratiche un tempo vietate.

Le cure palliative sono un ausilio importantissimo per alleviare le sofferenze, ma non sempre rappresentano la strada percorribile per garantire il rispetto del proprio piano di vita, né devono diventare un palliativo esse stesse a un problema più grande, che persiste e che a volte può essere risolto solamente con la morte volontaria.

Nel trentesimo anniversario della storica sentenza 203/1989, con cui la Corte Costituzionale ha riconosciuto la laicità come «supremo principio costituzionale», i sottoscritti firmatari, esponenti di una pluralità di concezioni del mondo, per le ragioni brevemente sopra esposte, auspicano che la Corte costituzionale dichiari l'illegittimità parziale dell'articolo 580 del Codice penale, riconoscendo la fondatezza costituzionale del diritto al suicidio medicalmente assistito nell'ambito del Sistema sanitario nazionale: diritto derivante dal giusto rispetto dell'autonomia del cittadino e dai legami solidaristici che reggono il vincolo sociale.

Roma, 9 settembre 2019.

## Carlo Flamigni

Componente della Consulta di bioetica onlus e presidente onorario dell'Uaar

### **Il diritto al suicidio assistito è sostenuto dai cambiamenti intervenuti in campo medico**

Inizio con due brevi premesse. Il rapporto tra medici e persone che si rivolgono a loro per aiuto è molto complesso e si basa su letture diverse, che coinvolgono la psicologia, l'etica e persino la politica. Si tratta di una relazione che tende a fondarsi sulle asimmetrie, come spesso accade quando i rapporti sono basati sul potere e non sul confronto tra differenti prerogative: accade per il rapporto tra cittadini e amministratori, tra cittadini e rappresentanti politici, tra cittadini e servizi pubblici. Nel campo della medicina tutto ciò è complicato dal fatto che i modelli di medicina attuati da molti degli operatori nascono da una miscela di paternalismo, di difensivismo, di contrattualismo e creano un permanente clima di sfiducia generale. Non può essere un caso il fatto che in nessun altro paese i medici godono di così poca simpatia e fiducia.

In nessun altro paese come in Italia i medici finiscono altrettanto spesso in tribunale accusati di quella che gli americani chiamano *malpractice*. Non importa che vengano quasi sempre assolti, resta il fatto che le persone delle quali dovevano occuparsi con compassione e competenza li hanno giudicati dei cattivi professionisti e certamente non li amano e non li rispettano. Va anche detto che la metà dei cittadini italiani, interrogati su questi temi, dichiara che il loro medico non rispetta quel diritto all'autodeterminazione dal quale è nato il consenso informato e che dovrebbe rappresentare la vera grande novità nella relazione tra medico e paziente, una relazione che in teoria dovrebbe essere virtuosa e che invece è molto spesso conflittuale.

Per spiegare le ragioni di questa crisi, alcuni sociologi hanno recentemente chiamato in causa l'antica ipotesi di Edward C. Banfield, uno studioso americano che alla fine degli anni cinquanta passò un lungo periodo di tempo a Chiaromonte, una piccola città della Basilicata, e pubblicò nel 1958 uno studio intitolato *Basi morali di una società arretrata*. La sua teoria era questa: la società che aveva preso in esame era affetta da una forma di patologia sociale, che lui aveva definito "familismo amorale", caratterizzata da una sorta di ripiegamento sul nucleo familiare e dalla concentrazione esclusiva su valori, interessi e obiettivi connessi a questo nucleo. Da questa regola generale Banfield ricavò alcune conclusioni logiche che ne descriverebbero gli effetti sulla gestione del bene pubblico e sulla vita politica, un elenco impressionante perché da l'idea a chi legge di trovarsi di fronte a uno specchio molto realistico e impietoso della società italiana di oggi. Non ho evidentemente il tempo necessario per riportare queste previsioni, mi fermo a un paio delle più significative: nessuno perseguirà l'interesse comune salvo quando ne trarrà vantaggio personale; chiunque affermerà di agire nell'interesse pubblico verrà considerato un truffatore; il pubblico ufficiale tenderà a farsi corrompere e anche se non lo farà verrà comunque ritenuto corrotto; i professionisti mostreranno una carenza assoluta di vocazione e di senso della missione. C'è di peggio, nell'elenco di queste previsioni, ma non è utile ai fini del mio discorso.

Carlo Augusto Viano, in un articolo dedicato a quella che lui definiva la “bioetica difensiva”, scriveva che esiste un metodo collaudato per dare un posto alla bioetica: si pensa che serva per ricondurre la medicina sotto alla morale, dopo essere per tempi lunghissimi sfuggita al suo controllo e ci ricordava che questa sistemazione risale a Platone e Aristotele, concludendo che il rapporto tra la medicina e la morale è sempre stato difficile e complesso.

In ogni caso per introdurre l'argomento del quale vogliamo trattare oggi bisogna per forza affrontare tre differenti temi che hanno proprio a che fare con il rapporto tra la medicina e la morale: esaminare i modelli di medicina via via proposti e utilizzati; considerare i diritti che piano piano nel tempo la società degli uomini è riuscita ad acquisire; valutare il rapporto tra la società degli uomini e la scienza.

Esercitare la professione medica, occuparsi della salute degli altri, ha bisogno di regole. Su cosa fondare queste regole è difficile dirlo: si tratta di dettare norme e di suggerire comportamenti che hanno a che fare con problemi molto diversi: sono differenti i bisogni dei malati, sono fin troppo numerose le concezioni etiche che malati, medici e società possono scegliere, influenzati dalla cultura, dalle religioni e dai rapporti politici e sociali. Eppure conoscere il modello di medicina utilizzato nelle varie epoche è di straordinaria importanza.

Molte e molte volte, nella storia dell'uomo, qualcuno ha cercato di proporre norme universali e di stabilire regole che consentissero di applicare un modello di medicina ideale, tentativi sempre destinati al fallimento perché nessuno ha potuto prevedere i tortuosi sentieri e le complesse dinamiche che medici e malati avrebbero dovuto affrontare a causa dei mutamenti dei rapporti sociali, dell'evoluzione delle analisi cliniche, dei cambiamenti delle strutture assistenziali, delle modificazioni dello stesso concetto di salute e di malattia. Ma nessuno di questi tentativi è risultato del tutto inutile, ognuno di essi ha lanciato bagliori di luce sul futuro, bagliori che hanno aiutato a prevedere e a cambiare: ne consegue che per capire l'etica medica bisogna interpretarne l'evoluzione studiandone la storia.

L'etica medica non è un'etica particolare, ma piuttosto un'etica di situazioni particolari: essa non sfugge al problema delle differenti interpretazioni che la filosofia dà dell'etica, quella che la considera come scienza del fine verso il quale deve essere indirizzata la condotta degli uomini nonché dei mezzi necessari perché questo fine venga raggiunto, e quella che la considera come la scienza delle motivazioni che ispirano la condotta umana, che cerca di determinare come dirigere e disciplinare questa condotta. Si tratta di due concezioni diverse, definite come “etica del fine” e “etica del movente”. È propria della prima una nozione del bene che lo riconosce come realtà perfetta e della seconda il concetto del bene come oggetto di affezione e di desiderio. La prima deduce sia il fine sia i mezzi dalla natura dell'uomo, parla il linguaggio dell'ideale cui l'uomo è indirizzato dalla sua natura; la seconda si interroga sui motivi e sulle cause della condotta umana e delle forze che la determinano e pretende di attenersi al riconoscimento dei fatti. Nei tempi antichi l'etica della medicina, la filosofia e la teologia erano indissolubilmente legate tra loro, anche se alla prima si riconosceva una certa tradizione specifica, quella di una filosofia esercitata su un certo terreno. All'inizio della storia e nelle società arcaiche la cura della malattia era affidata ai sacerdoti: la malattia era una punizione, il

tempio l'ospedale. Non mi pare che sia cambiato molto. In queste stesse società è possibile trovare soprattutto le interpretazioni morali degli elementi più semplici del rapporto tra medico e paziente. Venivano ancora pesate con attenzione le virtù del malato, al quale erano attribuiti precisi doveri: a lui venivano riconosciute tutte le riserve etiche della natura umana e le attenuanti da ascrivere alla fragilità di questa natura. Gli si chiedeva poi di professare ubbidienza, di essere aperto nei confronti del medico, rispettoso e fiducioso, e di osservare le prescrizioni accettando comunque il principio della limitatezza della natura umana.

La medicina ippocratica disegnava un modello di medico che, forte della sua esperienza e delle sue conoscenze, dichiarava la propria disponibilità alla cura dei malati: il fine del suo operato era la salute, non la felicità del paziente o il suo benessere morale, e la salute era intesa come la condizione naturale dell'organismo umano teleologicamente ordinato. Questa etica non sarebbe proponibile oggi in un'epoca in cui il medico può prolungare la vita del malato senza che ciò indichi necessariamente un beneficio. Questo modello è comunque sopravvissuto a lungo, malgrado le sue contraddizioni, sotto le spoglie del modello paternalistico che attribuiva al solo medico la capacità di prendere decisioni pienamente razionali nell'interesse del paziente, al quale veniva sottratta ogni autonomia e al quale non si riconoscevano diritti di sorta.

Ma la professione del medico è un atto che vincola a una prassi specifica e che tende a promuovere valori condivisibili. Bisogna dunque capire quali sono stati i mutamenti fondamentali ai quali questa prassi è andata incontro soprattutto tenendo conto del fatto che la medicina cambia in relazione ai suoi progressi. Si sono anzitutto modificati i rapporti psicologici tra medico e malato e la professione del medico è diventata un ruolo che ha a che fare con altri ruoli e interagisce con altre funzioni; la vecchia relazione medico-paziente ha perso significato morale ed è stata sostituita da una nuova relazione, più generica ed impersonale, che è quella tra sistema e ambiente. Abbandonato il modello tradizionale della medicina paternalistica, la relazione terapeutica ha cercato di adattarsi alle modificazioni del tessuto sociale della medicina, senza riuscire a stabilire rapporti corretti e capaci di soddisfare entrambe le parti. È nata e si è diffusa la medicina difensiva; si sono moltiplicate le pratiche esterne alla medicina tradizionale e le figure spesso ambigue di terapeuti alternativi che gettano discredito sull'immagine tradizionale del medico, alla quale tendono a sovrapporsi. Oggi il timore è che la medicina si trasformi in una tecnica disumanizzata, indifferente al bene e all'interesse del paziente: e intanto i progressi della medicina vengono enfatizzati e spesso stupidamente promossi dai media; cresce la richiesta di salute, aumenta il numero di persone che si sentono escluse dai vantaggi di cui ogni giorno leggono sui giornali.

Tutto quanto detto avviene in presenza di una generale disposizione della coscienza collettiva – la morale di senso comune – che guarda con timore e sospetto alle scoperte scientifiche, perché sa che la medicina non è una scienza ma semplicemente una disciplina empirica che si basa sui consensi. D'altra parte è questo stesso senso comune che è riuscito a comprendere i tradimenti dei quali la medicina attualmente è responsabile: ha ignorato il diritto della società a stabilire la moralità delle ricerche scientifiche che vengono proposte e a indirizzare gli scienziati verso cammini utili alla maggior parte dei cittadini, quello che viene definito diritto al consenso sociale informato. È

questo stesso senso comune che ha compreso che la scienza appartiene alla società degli uomini che investono nella ricerca scientifica al solo scopo di migliorare la vita dei suoi figli più fragili. È questo stesso senso comune che riesce a intuire i vantaggi che derivano dalle conoscenze possibili e a indirizzare i medici e i ricercatori verso temi precedentemente negati. È infine questo senso comune che esprime una forte richiesta di trovare nell'incontro con il medico una migliore qualità umana, maggiore sensibilità, più attenzione alle componenti psicologiche e al vissuto soggettivo del malato, un uomo che sta camminando su un terreno molto paludoso, nel quale dolore e spavento potrebbero trascinarlo a fondo in ogni momento.

Ma la novità più importante nel rapporto la medicina e la società degli uomini è certamente quella che riguarda lo straordinario cambiamento occorso per quanto riguarda i diritti dei cittadini. Pensate a quante persone ritengono oggi di essere le uniche padrone del proprio destino, le uniche a poter disporre della propria esistenza, le uniche a poter scegliere le terapie e i trattamenti più convenienti, scelte che non avrebbero alcun significato se non si accompagnassero ad un altro diritto, quello di conoscere.

In linea del tutto teorica il diritto di sapere e il diritto di scegliere avrebbero dovuto cancellare l'esistenza della medicina paternalistica, quella che imponeva al malato il dovere di comportarsi bene: non è stato così, o meglio non è stato così in un grande numero di casi. Molti medici hanno finto di accettare le nuove regole, ma la consapevolezza di essere loro i portatori della conoscenza e della verità e di avere il compito di prendere per mano quel povero branco di persone sofferenti e spaventate per portarle, se possibile, a salvamento non li ha mai abbandonati. È cambiato comunque per tutti il rapporto psicologico con il paziente, il cambiamento dei ruoli all'interno della relazione terapeutica non si è dimostrato favorevole al mantenimento di un rapporto soddisfacente per entrambi. La relazione tra il malato e il suo medico, ancora oggi, è troppo spesso impersonale, anonima, burocratizzata, disimpegnata; le attese sono lunghe, tanto da escludere in pratica il malato dalla medicina pubblica e indirizzarlo verso quella privata; accade dunque che agli occhi del nostro cittadino malato il medico appaia come un acrobata, intento a eseguire sulla corda i suoi esercizi di tecnologia applicata: gli acrobati, si sa, non sono minimamente interessati a conoscere l'identità del pubblico che li guarda dalla platea. L'acrobata lavora per ottenere un applauso collettivo, la felicità dei singoli spettatori non gli interessa.

Secondo logica e buon senso, oggi dovrebbe esistere un unico modello di medicina, che avrebbe dovuto sostituire l'antico modello paternalistico, quello basato su un atteggiamento direttivo inflessibile che il medico assume nei confronti del paziente. Anche questa volta, le cose non sono andate secondo questa logica e questo buon senso. Nel nostro paese esiste ancora il modello paternalistico e convivono un modello contrattuale basato sulla medicina difensiva e un altro basato sull'etica della cura. Nella maggioranza dei casi questi modelli ignorano il rispetto del diritto all'autonomia e al consenso informato o, nel migliore dei casi, ne fanno un uso inadeguato. Eppure, il diritto dei cittadini a sapere e a decidere in modo autonomo tutto quanto riguarda la propria salute è riconoscibile nel grande rilievo che era stato dato al consenso informato. Il cittadino, secondo questo principio, non poteva essere indirizzato verso alcuna forma di cura se prima non

era stato informato dei motivi che avevano orientato il medico a proporla, dei costi e dei benefici della cura suggerita e delle possibili cure alternative, incluse quelle che il medico non approvava. Il cittadino poteva dare il proprio consenso – o negarlo – ma solo dopo che il medico si era reso conto che le sue informazioni erano state recepite, comprese e ritenute adeguate. L'esito di un processo di comunicazione tra medico e paziente al tempo stesso semplice e completo, almeno in teoria, stava tutto nella firma dei documenti relativi al consenso informato. In realtà nella maggioranza degli ospedali tutte le informazioni necessarie per ottenere il consenso vengono consegnate in un documento scritto che deve essere firmato dal paziente senza che questi riceva alcun chiarimento. Inoltre il modello contrattuale non si chiama così inutilmente: al suo centro sta un contratto, prevalentemente esplicito, stabilito tra medico e cittadino, patto tra soggetti adulti consenzienti che si mettono d'accordo su un certo tipo di prestazione professionale. Il medico, proprietario di un certo numero di conoscenze e di competenze, padrone di particolari tecniche, le mette sul mercato allo scopo che chiunque possa chiedere di avvalersene. Il contratto ubbidisce alle regole che ogni società si dà e le richieste dei cittadini pazienti vengono generalmente ascoltate, ammesso che i termini del contratto siano soddisfacenti per entrambi e che le richieste non siano in contraddizione con l'etica professionale del medico, con le leggi vigenti e con gli interessi di altri cittadini. Niente più paternalismi, quindi, rispetto assoluto dei diritti e congrua attenzione all'autonomia e all'importanza dell'informazione. Chi difende questa prassi ne sottolinea soprattutto l'omogeneità al linguaggio dei diritti; chi la critica, ne sottolinea l'attitudine all'esecuzione acritica dei desideri del cittadino-paziente e la ritiene in contrasto con il significato morale della professione medica. Per chi lavora in questo settore, si tratta molto semplicemente di una presa in giro.

I modelli di medicina che vengono proposti in contrapposizione con la prassi contrattuale considerano la medicina come un impegno di cura o una alleanza terapeutica: il medico, secondo questo principio, è impegnato nel prendersi cura di colui che si trova in stato di bisogno ed è personalmente coinvolto nella realizzazione di alcuni valori. La relazione che stabilisce con il cittadino paziente si basa sulla beneficialità, sulla fiducia, e si distingue per l'impegno a tutelare la salute indipendentemente da pressioni esterne, coinvolgendo il paziente nelle decisioni relative alla cura e coltivando quelle virtù umane e professionali che consentono una autentica comunicazione. Secondo questo principio lo scopo ultimo è l'acquisizione di una capacità di essere solidale in ragione della quale ogni uomo si riconosce coinvolto nella richiesta di aiuto di un altro uomo che soffre. Come vedremo, l'etica della cura ha bisogno di disposizioni soggettive, vere e proprie virtù, qualità morali quali la "disposizione del proponimento" (definizione di Aristotele) capace di sollecitare l'anima razionale e agire secondo il bene per raggiungere la felicità e acquisire l'esperienza.

L'etica della cura sposta dunque l'attenzione verso l'esperienza fondamentale del medico, la sofferenza di chi ha bisogno di aiuto, e chiede al medico capacità di ascolto delle voci che non si sono ancora udite o che non possono più essere udite. Viene messa al centro della relazione medico-paziente la sofferenza; compare in cima all'elenco delle responsabilità del medico la capacità di compassione.

Esistono due versioni dell'etica della cura: si può *avere* cura di qualcuno – in questo caso si può immaginare un'etica della cura competente – e ci si può *prendere* cura di qualcuno secondo l'etica

dell'empatia e della compassione.

L'etica della cura è stata oggetto di critiche di vario genere: si è detto che si tratta di un'etica troppo radicata nelle emozioni e troppo basata sui sentimenti, cosa in parte vera ma che avrebbe significato solo se la cura si basasse sui sentimenti e soltanto sui sentimenti, cosa che non è. A pensarci bene, questo parziale radicamento sui sentimenti è anzi uno dei valori fondamentali dell'etica della cura: il fatto di dipendere in gran parte dalla capacità di compassione la rende più convincente e più accessibile. Una seconda critica concerne la persona che si prende cura, la quale potrebbe pretendere troppo da se stessa fino a perdere ogni capacità di prendersi cura degli altri: un pericolo reale che può essere evitato solo se chi offre la cura riceve a sua volta compassione e partecipazione emotiva. Diventa centrale a questo punto la fiducia nella relazione medico-paziente, altrettanto quanto lo sono la competenza e l'onestà. È evidente che la relazione tra il medico e il suo paziente è una relazione asimmetrica, un rapporto tra chi sa e chi non sa, chi chiede e chi dà, ed è ben chiaro quanto sia vulnerabile colui che si trova in una situazione di dipendenza ed è costretto a fidarsi. Ne consegue un elevato onere etico sulla professionalità del medico e la relazione tra medico e paziente deve essere dunque intesa come un'alleanza terapeutica, una relazione basata sulla beneficiabilità, sulla fiducia, nella quale deve prevalere un sentimento di solidarietà. Ne consegue la necessità che il medico coltivi alcune disposizioni interiori, vere e proprie virtù – che qualcuno ama definire “piccole virtù”, perché nessuna di esse ha carattere eroico – che debbono diventare aspetti costanti del suo comportamento: la pazienza, ad esempio, la prudenza, la capacità di ascolto, la disponibilità ad affrontare le situazioni di sofferenza indipendentemente dal contesto, la sincerità e la chiarezza nella comunicazione, il rispetto delle volontà del malato, la comprensione dell'importanza dell'aggiornamento e del valore della cultura, la coscienza dell'importanza del proprio ruolo, l'umiltà, e soprattutto la compassione. Le virtù non dovrebbero, almeno in linea di principio, avere alcuna collocazione ideologica. Costruire un modello di medicina basato sull'etica delle virtù e più ancora su quella delle virtù più facili da riconoscere come proprie non dovrebbe essere incompatibile con orientamenti particolari: compassione e attenzione alla sofferenza si dovrebbero poter riconoscere in chi ritiene che la vita vada comunque sempre protetta perché sacra e in chi le riconosce valore soltanto se possiede qualità. Non è chiara la ragione per la quale non dovrebbero possedere le virtù necessarie a praticare l'etica della cura le persone che considerano inutile – e a volte offensivo per la dignità di un soggetto – mantenere la vita biologica di un corpo privato definitivamente di tutte le capacità cognitive o considerare un atto di compassione fare in modo che non nasca un bambino per il quale è prevista una esistenza fatta di solo dolore, ammesso naturalmente che la persona in stato vegetativo lo abbia dichiarato prima di entrare in coma e che la madre del bambino portatore di una grave malattia richieda l'interruzione della gravidanza. In effetti l'etica della virtù, almeno per quanto riguarda la sua applicazione alla medicina, deve essere considerata anche come una possibile reazione all'etica dei principi, un approccio che alcuni bioeticisti valutano con favore, ma che si apre a varie interpretazioni e si espone molti rischi. I principi – l'autonomia, la beneficiabilità, la non maleficenza, la giustizia – possono essere interpretati secondo teorie molto diverse tra loro, come ad esempio quella deontologica e quella utilitaristica. La deontologia fonda l'obbligo morale

sul valore intrinseco dell'anima, indipendentemente dal concetto di bene e dalla valutazione delle conseguenze possibili. La teoria utilitaristica identifica invece la ragione dello scopo della vita nella promozione del benessere, valutato sulla base delle conseguenze dell'azione, tenendo conto della massimizzazione del bene e della minimizzazione del male, in senso collettivo e definendo bene e male in un'ottica antropologica che consideri ciò che va preferito contro ciò che va evitato, il piacevole contro lo spiacevole.

Basta? Certamente no. L'etica delle piccole virtù impone al medico un comportamento che mette il suo paziente al di sopra di ogni cosa, inclusi i suoi sentimenti religiosi e morali. Impone la compassione, che è l'unica cosa che ci differenzia dagli ornitorinchi e che ci costringe e ci impone di dimenticare tutto tranne la cosa alla quale stiamo assistendo e che la più orribile delle visioni, il più insopportabile degli spettacoli, il dolore che ci costringe a rinunciare all'esistenza e ci impone di spegnerla. L'etica delle piccole virtù vieta qualsiasi tipo di valutazione critica dell'etica del paziente e impone al medico di accettare, come regolatore etico del suo comportamento, la capacità di capire e di saper condividere la sofferenza altrui. Insomma è assolutamente fuor di dubbio che nella relazione di cura, che è sempre stata caratterizzata dal potere che deriva dalla conoscenza, quello che realmente deve guidarci è la sofferenza, comunque si manifesti. A questo punto, discutere sulla liceità di aiutare un nostro fratello a lasciare un'esistenza che è ormai fatta solo di dolore e di sofferenza mi sembra pura e volgare idiozia.

## **Piergiorgio Donatelli**

Componente della Consulta di bioetica onlus e del Centro studi Politeia, docente di Biotica e di Storia della filosofia morale presso l'Università "Sapienza" di Roma

### **Perché una democrazia matura ammette il suicidio medicalmente assistito**

Per riflettere sui temi della fine della vita e sulla sua regolazione bisogna avere chiaro che la medicina si situa tra le istituzioni centrali nelle nazioni democratiche. Questo da una parte è ovvio, considerato che le democrazie si distinguono per l'interesse che nutrono verso la qualità della vita dei loro cittadini: per la promozione di condizioni di vita civile e per la sollecitudine nei confronti delle singole esistenze, oltre a un interesse per lo sviluppo scientifico e tecnologico, per il progresso del sapere e delle condizioni materiali della vita. Dall'altra non lo è del tutto, poiché la medicina ha una storia di lunghissimo corso che risale a molti secoli prima della sedimentazione della democrazia moderna, una tradizione di pratiche e di moralità proprie. L'idea che la medicina sia una istituzione democratica è in effetti recente, ed è il risultato di uno scontro con la tradizione di lungo periodo della medicina che era vitalistica, legata alla difesa della vita in quanto tale indipendentemente dal progetto personale che essa esprime, e paternalistica, legata all'idea che il medico conosce il bene del paziente ed è tenuto ad agire per il suo bene indipendentemente dalla sua volontà. Ciò che è emerso, contro la tradizione vitalistica e paternalistica, è il valore del punto di vista del paziente, che si esprime nella sua volontà – a partire dall'idea di consenso informato, oggi acquisita per quanto bisognosa di essere sviluppata nella sua interpretazione e applicazione – e nel fatto che nella pratica medica la salute non è l'unica considerazione in campo, ma che le scelte riguardano anche considerazioni personali che in particolare alla fine della vita sono importanti e ineludibili.

Consideriamo anche che la medicina nel suo lungo percorso ha incorporato una concezione morale comune prima della rottura intercorsa con la modernità, che riteneva che in alcune circostanze della vita il carattere personale e creativo della vita scomparisse di fronte al comando della natura dietro al quale era possibile intravedere il comando di Dio. Nel nascere, nel morire, nella sessualità e nei rapporti familiari sembrava che la natura indicasse direttamente gli scopi e limitasse o annullasse del tutto la possibilità di fare di queste fasi della vita l'oggetto di un progetto personale. Il progresso civile e democratico delle nostre società si è realizzato di fatto erodendo l'eccezionalità di queste fasi e circostanze della vita, riconsegnando l'intero percorso della vita alla libertà e alla responsabilità delle persone. È successo con il ruolo delle donne, con la famiglia, con la riproduzione, con la sessualità, e riguarda ora la fine della vita.

Il processo che ha eroso l'eccezionalità di momenti e fasi della vita è già avanzato nel fine vita, anche se dobbiamo percorrere vari passaggi. Dal punto di vista delle condizioni materiali in cui moriamo nelle società avanzate abbiamo già conquistato l'ultima fase della vita come una sua parte integrante. Non ha più alcun senso parlare di morte naturale quando sono le macchine, i medici e gli infermieri che tengono in vita le persone. Ma la fine sta diventando parte della vita anche in un senso più ricco. Come società democratiche riteniamo che così come è importante che le persone trovino un proprio

percorso nella vita, una vocazione personale nel lavoro, negli affetti, negli ideali, è importante che il modo in cui le persone hanno impostato la loro vita arrivi fino in fondo, in coerenza con il modo in cui hanno vissuto e con ciò in cui hanno creduto. Noi ora possiamo apprezzare scelte personali molto diverse alla fine della vita, apprezziamo che l'ultimo tratto sia vissuto in modo personale e che abbia per questo una sua bellezza, seppure nelle condizioni difficili e dolorose in cui le persone si trovano. E apprezziamo che la dignità della vita sia anch'essa una questione personale: che andarsene con dignità significhi cose diverse per persone diverse, per alcune affrontare il dolore fin che è possibile accettando il disfacimento del proprio corpo, e per altre difendere la propria integrità personale andandosene in tempo prima che tutto si disintegri. Avvicinandoci alla fine la nostra vita non si trasforma in un semplice luogo di interessi medici, doveri deontologici, concezioni della dignità che la società ha preparato per noi. È ancora la nostra vita e ha completamente senso provare a viverla fino in fondo in coerenza con chi siamo stati o in coerenza con chi siamo nel momento della malattia.

Ciò che emerge nella difesa della scelta libera alla fine della vita è quindi la difesa dell'idea che la propria vita anche quando volge al termine è oggetto di un progetto personale creativo. L'intimità di ciò che ci capita non può esserci sottratta indicando un presunto modo naturale di morire che annulla l'impegno creativo che abbiamo messo fino a quel momento. Quindi nella difesa della libertà alla fine della vita c'è la difesa di un impegno fondamentale della democrazia, quello dell'umanesimo liberale. La vita non è solo un campo di necessità e di bisogni ma è anche l'oggetto di un investimento creativo in cui i singoli cercano di dare forma alla propria vita conferendo un significato alle vicende che la segnano e che hanno contribuito a determinare almeno in parte. Secondo questa idea progettuale della vita, le moltissime cose che subiamo, anche dolorose, sono trasformate in occasioni di riflessione, di pensiero, di ricerca di significato, di condivisione e solidarietà. Le nostre società democratiche sono il frutto di questa tradizione umanistica liberale che ha l'ambizione di fare della vita individuale un progetto creativo alla portata di tutti.

Ciò di cui stiamo discutendo è anche questo, la possibilità di investire l'ultima parte della propria vita del proprio personale progetto creativo. Non è facile. Di fronte al dolore e alla prospettiva della morte predomina il desiderio di fuga, che si esprime nella rinuncia a conoscere e a scegliere, lasciando che siano i propri cari e i medici a scegliere per noi. È una fantasia di fuga e di regresso all'infanzia comprensibile che è il frutto della povertà di educazione individuale e sociale. Per riuscire a essere se stessi fino alla fine abbiamo bisogno perciò di regole che consentano la scelta libera; a partire da queste regole è quindi necessario che si sviluppi la conversazione e l'educazione pubblica su come affrontare la fine della vita, mettendo in circolo le esperienze personali, in modo da non arrivare impreparati, incapaci di sostenere le circostanze dolorose che ci attendono. Abbiamo bisogno di regole e di cultura per diventare persone in senso pieno alla fine della vita. Certamente non vi può essere maturazione personale e collettiva su questi temi se lasciamo che delle scelte siano fatte nell'ombra, nascoste alle leggi e alla discussione pubblica, come ancora oggi taluni sostengono.

La legge 219/2017 sulle disposizioni anticipate è stata un primo fondamentale passo. Ora deve seguire una legge sul suicidio assistito in vista di una regolazione anche dell'eutanasia. Come in

molte questioni della vita associata, le nazioni democratiche hanno proceduto su questo tema in modo differenziato: solo alcune hanno assunto una legislazione sull'eutanasia attiva volontaria, molte hanno leggi che regolano il suicidio assistito. Dal punto di vista filosofico democratico che ho presentato, si tratta di regolazioni che si tengono assieme, perché riguardano la libertà intima delle persone e il dovere solidaristico da parte della società di creare le condizioni in cui le persone possano costruire il proprio percorso di vita, in modo particolare quando questo incontra difficoltà, quando la vita è più vulnerabile ed esposta. Andare incontro alla fine della propria vita avendola il più possibile nelle proprie mani, sotto il proprio controllo, fa parte dell'idea umanistica e democratica della vita umana che la sottrae alle autorità e alla necessità e la riconsegna a ciascun individuo.

Il riferimento alla vulnerabilità è utilizzato spesso in questo contesto per sostenere che le persone sono facilmente oggetto di abusi in tali circostanze e che il valore della loro vita deve quindi prevalere sulla loro capacità di scelta e di autodeterminazione, ma ciò non è possibile e l'argomento va rovesciato. Le condizioni di vulnerabilità richiedono certamente una particolare attenzione affinché la volontà non sia coartata ma tale attenzione ha di mira precisamente la possibilità che la volontà possa formarsi e sia espressa. Non è immaginabile che arrivati alla fine della vita la nostra dipendenza dagli altri ci trasformi in bambini, ci rispedisca indietro all'infanzia dove la dipendenza dagli adulti è complessiva, materiale e morale. La vulnerabilità delle condizioni alla fine della vita richiede una particolare attenzione affinché essa non induca a infantilizzare la persona ammalata e morente. È un riflesso quasi naturale quello che associa la dipendenza materiale a quella morale ma questa inclinazione segnala una macroscopica mancanza di rispetto per la persona.

In questo momento della vicenda giuridica che riguarda il Parlamento e la Corte costituzionale discutiamo del suicidio assistito. Dopo le disposizioni anticipate di trattamento, esso appare il passaggio obbligato per proteggere la fase finale della vita dalla coercizione e dall'arbitrio, e consentire alle persone di maturare la loro esperienza su come vogliono andarsene. Esso richiederà una trasformazione della deontologia e della complessiva consapevolezza professionale che il personale sanitario ha di se stesso. Ma anche medici e infermieri vivono con noi nella stessa società e hanno maturato l'esigenza di cambiamenti che toccano in ultima analisi non certo l'obbligo di infiggere cure sproporzionate e futili, che nessuno sostiene più, ma la questione della libertà personale. Medici e infermieri ci devono aiutare a essere liberi di portare fino in fondo la nostra vita coerentemente con chi siamo noi. Questo è un valore che va al di là della pratica medica e che la medicina come istituzione non può certo calpestare ma deve anzi onorare come uno dei fari che guidano la professione.

## **Patrizia Borsellino**

Componente del Comitato per l'etica di fine vita, del Centro studi Politeia, docente di Filosofia del diritto e di Bioetica presso l'Università di Milano-Bicocca

### **Perché il diritto non può perdere l'occasione di garantire la dignità sino alla fine della vita**

*Perché continuare a occuparsi del suicidio medicalmente assistito*

Nel corso del 2019, dopo l'ordinanza 207/2018 e sullo sfondo della legge 219/2017 in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento in vigore dal 31 gennaio del 2018, numerose sono state le occasioni nelle quali su un tema, quello dell'aiuto a morire mediante l'assistenza al suicidio e l'eutanasia, rimasto troppo a lungo estraneo al dibattito pubblico nonostante la crescente attenzione rivolta alle questioni e alle decisioni di fine vita, è stato avviato e realizzato un confronto serio e approfondito. Un confronto che non è, peraltro, rimasto confinato in pur qualificatissimi contesti culturali, ma ha guadagnato anche l'ambito istituzionale, grazie all'avvio, nella sede delle Commissioni Affari Sociali e Giustizia della Camera dei deputati, dell'esame di alcuni disegni di legge in materia di rifiuto dei trattamenti e liceità dell'eutanasia.

Nonostante la meritoria attivazione sul piano teorico, così come su quello politico, in accoglimento della sollecitazione rivolta dalla Corte costituzionale al Parlamento, la questione del suicidio medicalmente assistito è apparsa, sul finire dell'estate, di perdurante, anzi, rinnovata e stringente attualità. A renderla tale è stata la circostanza che si è giunti in prossimità della data, il 24 settembre, alla quale la Corte ha rinviato l'udienza per la discussione delle questioni di legittimità sollevate dalla Corte d'assise di Milano, nel giudizio a carico di Marco Cappato in relazione all'ipotizzato aiuto al suicidio di Fabiano Antoniani (Dj Fabo), senza che, nel frattempo, sia stata messa a punto la disciplina legislativa auspicata dalla Corte. D'altra parte, in nome di un'astratta "difesa della vita" del tutto incurante delle drammatiche condizioni che in determinate circostanze connotano le concrete esistenze di taluni individui, si sono moltiplicati i tentativi non solo di frapporre ostacoli agli ulteriori sviluppi normativi, di cui la suprema Corte ha prefigurato l'opportunità o addirittura la necessità nella cornice dei principi costituzionali, ma anche di svuotare l'impianto della stessa legge 219/2017 o quantomeno di depotenziarne l'impatto, rimettendone in discussione disposizioni qualificanti, a cominciare dall'anacronistica riesumazione della tesi che l'idratazione e la nutrizione artificiale non sono trattamenti medici e non possono, in quanto tali, essere oggetto di rifiuto.

È questo lo scenario sullo sfondo del quale, alla vigilia della pronuncia della Corte costituzionale, si è evidenziata l'urgenza di richiamare l'attenzione delle istituzioni e dell'opinione pubblica sulla rilevanza della posta in gioco, e di portare argomenti a sostegno delle soluzioni giuridiche che, sole, siano esse di carattere giurisprudenziale e/o di carattere legislativo, appaiono idonee a consentire al diritto di essere strumento per garantire a ogni individuo una morte dignitosa.

### *Gli scenari ipotizzabili e la decisione della Corte costituzionale*

In prossimità della nuova udienza si è innanzitutto imposta una riflessione sugli sviluppi che potevano essere ragionevolmente ipotizzati e/o giustificatamente auspicati, alla luce della precedente pronuncia dell'ottobre del 2018, dai costituzionalisti considerata "innovativa", dietro la cui adozione si può intravedere la valutazione negativa tanto di una decisione di rigetto, quanto di una decisione di accoglimento della questione di legittimità dell'art. 580 del Codice penale, nei termini prospettati nell'ordinanza di rimessione della Corte d'assise di Milano, con conseguente pura e semplice estromissione dall'ordinamento di tale articolo nella parte in cui prevede la rilevanza penale dell'agevolazione dell'altrui suicidio, quand'anche non abbia in alcun modo inciso sulla decisione di colui che è stato aiutato a morire. D'altra parte, nell'ordinanza 207, la Corte non aveva optato neppure per un giudizio di inammissibilità, pur accompagnato da un monito a intervenire con un provvedimento del legislatore, come era invece avvenuto nel caso della sentenza 138/2010 relativa all'esclusione delle coppie omosessuali dall'istituto matrimoniale. Una soluzione, quest'ultima, in presenza della quale – nell'inerzia legislativa – la disciplina in questione rimane in vigore e continua a esplicare i suoi effetti.

Ora, in considerazione degli orientamenti in precedenza adottati, risultava poco plausibile pensare a un deciso (e disinvolto) cambio di rotta da parte di una Corte disposta a imboccare l'una o l'altra delle strade già fatte oggetto di valutazione negativa, mentre le alternative ipotizzabili si riducevano, nella sostanza, alle due di seguito richiamate.

La prima sarebbe stata rappresentata da un'ulteriore ordinanza di rinvio, adottata per consentire al legislatore di completare il percorso interrotto, per i forti contrasti tra le parti politiche, nella sede delle Commissioni parlamentari. Si sarebbe però trattato, oltre che di un provvedimento del tutto inusuale e in contrasto con le prassi della Corte, di una decisione di fatto funzionale alle aspettative di quanti non hanno esitato a esercitare forti pressioni sulla Corte stessa, mirando al mantenimento dello status quo e al rinvio sine die di una disciplina volta a riconoscere la legittimità dell'aiuto a morire, pur circoscritto ai casi di persone in condizioni di sofferenza psico-fisica persistente, intollerabile e, a loro avviso, non diversamente rimediabile.

La seconda alternativa era invece quella di una decisione nel merito, che la Corte adottasse nel solco già tracciato nella precedente pronuncia, e che fosse in grado di dare un forte e ben orientato impulso a un successivo intervento del Parlamento, comunque necessario per realizzare una disciplina della materia capace di garantire ai soggetti interessati una fine della vita conforme alla loro volontà e, al tempo stesso, di fornire sicuri criteri di orientamento, non meno che adeguate garanzie, anche agli operatori sanitari.

È questa la strada auspicata nell'Appello alla Corte costituzionale perché riconosca il diritto al suicidio medicalmente assistito, presentato al convegno "Per il diritto al suicidio medicalmente assistito: un'urgenza non più rimandabile", organizzato a Roma il 9 settembre 2019 dalla Consulta di Bioetica e dall'Uaar, così come in altri messaggi, affidati a comunicati stampa, rivolti alla Corte alla vigilia della decisione, quali quello del Comitato per l'etica di fine vita (Cef) e della Consulta di Bioetica. Ed è questa la strada seguita dalla Corte. Infatti, come si legge nel comunicato stampa del

25 settembre 2019, «la Corte ha ritenuto non punibile ai sensi dell'articolo 580 del Codice penale, a determinate condizioni, chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche che egli reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli». Nel ribadire l'imprescindibilità dell'intervento del legislatore, la Corte ha inoltre subordinato la non punibilità al rispetto di specifiche condizioni e modalità procedurali, facendo riferimento alla normativa sul consenso informato, sulle cure palliative e sulla sedazione continua profonda introdotta dalla legge 219/2017 agli articoli 1 e 2, nonché prevedendo verifiche delle condizioni richieste e delle modalità di esecuzione da parte di una struttura pubblica del Sistema sanitario nazionale, sentito il parere del comitato etico territorialmente competente.

### *La non punibilità del suicidio assistito e le sue condizioni*

Solo dopo il deposito della sentenza, non ancora avvenuto nel momento in cui viene redatto questo contributo, si potranno formulare considerazioni circostanziate sulla disciplina dell'aiuto a morire di cui la Corte ha delineato i contorni nella sua decisione e, più in generale, di quella che potrebbe e dovrebbe scaturire dall'intervento del legislatore. Si può comunque già sottolineare come la Corte abbia, in linea con la precedente ordinanza, ribadito la tesi che l'incriminazione dell'aiuto al suicidio non può, in un'ampia casistica di situazioni, essere considerata compatibile con la Costituzione, ma abbia, altresì, preso le distanze dalla tesi, prospettata nell'ordinanza di rimessione della Corte di assise di Milano, che le situazioni in questione possano essere tutte quelle in cui, a prescindere da ogni riferimento alle condizioni personali del soggetto passivo e alle ragioni del suo gesto, vi sia stata un'agevolazione dell'altrui suicidio che non abbia inciso sulla decisione di colui che è stato aiutato a morire. Lo si evince dal riferimento, presente nel comunicato, alle persone «specialmente vulnerabili», per proteggere gli interessi di tutela delle quali, troverebbe giustificazione, pur in presenza di un quadro costituzionale che guarda alla valorizzazione della libertà di ogni persona come valore in sé, la criminalizzazione non solo dell'istigazione, ma anche della cooperazione materiale al suicidio. Nessun dubbio, invece, per la Corte, riguardo al fatto che l'esigenza di protezione che supporta la punibilità dell'aiuto al suicidio non valga nei casi in cui l'agevolazione del proposito suicidario, «autonomamente e liberamente formatosi», riguardi soggetti la cui sopravvivenza, in condizioni di sofferenza (da intendersi in una comprensiva accezione psico-fisica) per loro intollerabile, dipende dalle aumentate possibilità di intervento della medicina divenuta, grazie alla disponibilità dei trattamenti di sostegno vitale, capace di esercitare un vero e proprio controllo sulla morte, modulandone i tempi e i modi.

La Corte tiene, quindi, ferma la contestualizzazione della questione della liceità dell'aiuto a morire agli scenari di fine vita profondamente trasformati dalla moderna medicina tecnologica, lasciando intravedere come, in un quadro costituzionale improntato al riconoscimento del valore della libertà e, al tempo stesso, del valore della solidarietà, il diritto sia chiamato a svolgere un ruolo fondamentale nel garantire che ogni individuo, in qualunque situazione di malattia e sino alla fine della vita, possa

contare su risposte, sempre rispettose delle sue volontà, adeguate al bisogno di essere sollevato dalla sofferenza, e possa così concludere la propria esistenza con quella dignità, di cui è difficile parlare in modo non retorico, quando non ci si preoccupa di preservare le persone dall'abbandono così come dalla mortificazione che accompagna quotidianamente la protrazione della loro sopravvivenza, né si tiene nella dovuta considerazione il diritto di ciascuno a compiere le scelte fondamentali relative agli stili della propria vita, così come ai modi della propria morte.

*Oltre la legge 219/2017, verso la regolazione dell'aiuto a morire*

Se, a questo punto, si porta l'attenzione sul successivo intervento legislativo che compete al Parlamento finalmente realizzare, dietro il nuovo impulso dato dalla Corte non più con una pronuncia interlocutoria, ma con una decisione nel merito della questione di legittimità, se ne possono individuare i criteri ispiratori e, si potrebbe dire, i punti di partenza, nei principi che hanno improntato la legge 219/2017 e nelle disposizioni (soprattutto contenute negli articoli 1 e 2) che vi hanno dato attuazione, disposizioni che la Corte richiama nella decisione, dopo avervi già riconosciuto, nell'ordinanza del 2018, una tappa fondamentale nel percorso verso la difficile meta dell'assicurare a ogni individuo una morte dignitosa.

Le disposizioni in questione sono quelle che, dopo aver sancito l'imprescindibilità del consenso informato in relazione a qualunque trattamento sanitario (articolo 1, comma 1) e averne definito le modalità (articolo 1, comma 4), affermano il diritto di ogni persona di rifiutare «qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso», senza esclusione dei trattamenti di idratazione e di nutrizione artificiali, così come «il diritto di revocare in qualsiasi momento [...] il consenso prestato, anche quando la revoca comporta l'interruzione del trattamento» e nelle quali, all'articolo 1, comma 6, viene altresì sancita, contestualmente al dovere del medico di «rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo», la sua esenzione da responsabilità civile o penale. Ma di particolare rilievo anche le disposizioni, assai opportunamente richiamate già nell'ordinanza, che destituiscono di fondamento l'assimilazione all'abbandono terapeutico dell'astensione, da parte del curante, dal praticare i trattamenti rifiutati dal paziente là dove prevedono che, di fronte alla rinuncia o al rifiuto di trattamenti necessari alla sopravvivenza, il medico ha il dovere di prospettare al paziente, oltre alle conseguenze di tale decisione, eventuali trattamenti alternativi rispetto a quelli rifiutati e comunque di promuovere ogni azione di sostegno, proseguendo l'assistenza.

Si tratta di disposizioni che se per un verso delegittimano le ancora diffuse attitudini interventistiche motivate talora da preoccupazioni difensive e comunque dalla convinzione, perdurante in molti medici, di essere tenuti a preservare a qualunque costo la sopravvivenza del paziente, per altro verso convergono nel delineare il modello secondo cui il mandato di cura, esistente in capo agli operatori sanitari, si estende ben oltre la messa in atto di trattamenti funzionali al mantenimento in vita dei malati. Un paradigma assistenziale, questo, nel quale l'attenzione per la sofferenza del malato occupa un posto centrale, che la legge rafforza e completa con le previsioni dell'articolo 2, «Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita», nelle quali in linea

e ad integrazione delle previsioni della legge 38/2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, non solo si pone l’accento sul dovere del medico di attivarsi per alleviare le sofferenze del malato, specificando che questo vale anche nel caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico, ma si contempla altresì il ricorso, previo consenso del paziente, «alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore» come “ultima frontiera” di trattamento, rimesso alla valutazione di appropriatezza del medico, quando vi siano sofferenze refrattarie agli altri trattamenti sanitari disponibili.

Ora, una volta che si abbia ben chiaro che il contesto in cui va oggi collocata la disciplina delle decisioni e degli interventi di fine vita è quello, contrassegnato dalle trasformazioni degli scenari del morire dovute alle aumentate possibilità di intervento della medicina, sul cui sfondo si sono collocate le sopra richiamate disposizioni della legge 219/2017, e una volta che si sia altresì dato adeguato rilievo alla portata e al possibile positivo impatto che la legge 219/2017 potrà avere, sempre che non se ne ostacoli l’attuazione, sul miglioramento dell’assistenza non meno che sulla dignità del morire, va però prestata attenzione alla presenza di condizioni di malattia o di situazioni irrimediabilmente invalidanti nelle quali le strade già percorribili, vale a dire la desistenza dai trattamenti rifiutati dal malato e la messa in atto dell’ultima frontiera dei trattamenti palliativi rappresentata dalla sedazione profonda, non risultano essere quelle appropriate.

È in relazione a questi scenari che, rimanendo nella cornice costituzionale, va riconosciuta l’opportunità, anzi la necessità, di andare oltre il punto al quale si è fermata la legge 219/2017, compiendo ulteriori passi nella direzione della regolazione di azioni di aiuto a morire, posto che, come la Corte ha già sottolineato nell’ordinanza 207/2018, non vi è ragione di considerare il valore della vita come un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all’accoglimento della richiesta di aiuto del malato, una volta che è stata messa a disposizione di ogni individuo l’opzione di porre fine alla propria esistenza, non intraprendendo o interrompendo trattamenti salvavita.

### *La sfida di una disciplina che garantisca a tutti la dignità del morire*

Ma quali sono gli scenari in presenza dei quali si dovrà ritenere giuridicamente, oltre che eticamente, giustificato l’accoglimento della richiesta di aiuto a morire e quali sono le modalità di aiuto di cui è auspicabile la legittimazione attraverso l’atteso intervento regolatorio di tipo legislativo?

È mia opinione che dalle risposte fornite a queste domande e dalle soluzioni approntate per le questioni alle quali rinviano dipenderà l’esito della difficile sfida - quella di non perdere l’occasione di garantire la dignità di ogni individuo sino alla fine della vita - di fronte a cui si trova il diritto.

Per quanto riguarda l’identificazione degli scenari e quindi l’individuazione dei soggetti per i quali la legge dovrebbe prevedere l’opzione di essere aiutati a morire, sarà opportuno che il legislatore, nel fare riferimento a pazienti capaci di decisioni libere e consapevoli e affetti da patologie irreversibili la cui sopravvivenza dipende da presidi di sostegno vitale, adotti fra questi non la nozione indebitamente restrittiva, che li limita solo ad alcuni trattamenti quali in primo luogo la ventilazione cardio-polmonare, bensì la più comprensiva accezione in base alla quale, secondo l’opinione prevalente della comunità scientifica, i trattamenti di sostegno vitale, includono un’ampia

gamma di interventi e di trattamenti in grado di surrogare funzioni vitali compromesse, come la dialisi nel caso dell'insufficienza renale oppure apparati, quali i defibrillatori, in grado di contrastare disfunzioni cardiache letali, ma anche l'idratazione e la nutrizione artificiali, nonché diverse categorie di trattamenti farmacologici, a cominciare dagli antibiotici. È inoltre auspicabile che il legislatore tenga nella dovuta considerazione che la sofferenza persistente, intollerabile e, ad avviso degli interessati, non diversamente rimediabile, alla base della richiesta di essere aiutati a morire, se anche o soprattutto di carattere psicologico, merita non minore considerazione della sofferenza di carattere fisico.

Nel valutare infine, per allargare o restringere la platea di coloro ai quali offrire l'opzione di essere aiutati a morire, la praticabilità di altre strade già legittimate dal diritto e in particolare della strada dell'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale con contestuale sottoposizione al trattamento palliativo della sedazione continuativa profonda, non si dovrà dimenticare che le cure palliative e, in particolare, la sedazione, pur rappresentando in molti casi un'opzione terapeutica importante e da rendere comunque disponibile per raggiungere l'obiettivo di una morte dignitosa, non sono sempre la risposta appropriata. Non lo sono, secondo l'opinione ampiamente condivisa all'interno della comunità scientifica di chi opera nel campo delle cure palliative, nel caso di malati non in imminenza di morte, i quali, nella pur devastante condizione in cui versano potrebbero, come avrebbe potuto avvenire per Dj Fabo, vivere anche a lungo. Senza contare che la sedazione, come qualunque altro trattamento, è suscettibile di rifiuto, in presenza del quale si apre necessariamente, nell'ottica di una medicina orientata ad approntare sempre e comunque una risposta alla sofferenza, il problema della ricerca di una strada alternativa, realisticamente rappresentata solo dall'aiuto attivo a morire.

Passando, nel considerare la questione delle modalità di aiuto di cui è auspicabile la legittimazione, alla domanda se il legislatore sia chiamato a disciplinare in senso permissivo solo la fattispecie dell'assistenza al suicidio da realizzarsi, come apprezzabilmente deciso dalla Corte, in ambito sanitario, oppure debba estendere la regolazione anche alla fattispecie eutanasica, la risposta affermativa alla seconda alternativa discende dalla considerazione che molti individui si trovano, a causa delle loro condizioni, nell'impossibilità di compiere da soli quell'unico atto, finalizzato ad attivare la somministrazione del farmaco, che Dj Fabo è stato ancora in grado di compiere. Non tenerne conto significherebbe perdere di vista l'articolo 3 della Costituzione che, nel delegittimare disuguali trattamenti riservati ai cittadini (e a tutti gli individui) sulla base delle «condizioni personali» tra le quali vi sono le condizioni di salute, offre la prima forte ragione giuridica, oltre che etica, per garantire il diritto a una morte dignitosa anche a coloro che, proprio per le condizioni cliniche in cui versano, di quel diritto sono stati finora privati, e per farlo offrendo l'opzione dell'eutanasia e non solo quella dell'assistenza nel suicidio.

## Mario Riccio

Componente del Comitato di bioetica onlus, medico anestesista e rianimatore presso l'Ospedale di Cremona

### Perché il medico ha il dovere di accettare la richiesta della morte medicalmente assistita

La mia relazione si concentrerà sul dovere del medico e sulla deontologia medica, di come vedo il dovere del medico nell'accettare la morte assistita. L'espressione "morte assistita" che ho utilizzato serve a conglobare sia il tema dell'eutanasia sia il tema del suicidio assistito – che dal punto vista anche deontologico sembra onestamente un unicum, anche se i due sono stati sostanzialmente separati dal Comitato nazionale per la bioetica. Questo lo vedremo durante la mia relazione.

Se esista un diritto del paziente ad avere una morte assistita, a ricevere un modo per morire in maniera medicalmente assistita, lo lascio come risposta ai giuristi e ai filosofi del diritto. Io ritengo invece che il medico abbia il *dovere* di procedere, di accettare, di accogliere la richiesta del paziente. Volevo prima fare una piccola prolusione, riguardante l'atteggiamento della medicina italiana in questo momento nei confronti della morte medicalmente assistita e l'atteggiamento di totale chiusura del medico italiano nei confronti di questa nuova situazione. Dovremmo poi anche discutere se tale situazione è tanto "nuova" o se ormai non lo è più tanto.

Non vi sono posizioni ufficiali di associazioni a favore della morte medicalmente assistita, mentre abbiamo diverse posizioni *contro* la morte medicalmente assistita di associazioni mediche. Una fra tutte: basterebbe citare solo quella del presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli, che ha sempre rifiutato questo concetto. Addirittura recentemente – poi ha un po' rivisto la sua posizione – ha mandato a tutti gli Ordini dei medici una sorta, io credo, di intimidazione perché scriveva a tutti i presidenti degli Ordini affinché lo diffondessero a tutti gli iscritti: quindi parlava a tutti noi medici. Sosteneva che anche qualora il legislatore volesse modificare o cancellare il divieto, l'ordine dei medici avrebbe agito nei confronti del medico. Attenzione: agire nei confronti del medico vuol dire osservare l'articolo 17 tuttora vigente del Codice deontologico, che espressamente dice che «il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocare la morte».

Potremo stare qui a discutere moltissimo su come questo articolo potrebbe essere ampiamente inteso anche per interrompere un trattamento salvavita, però volevo solo farvi notare la gravità dell'affermazione del mio presidente. Perché l'eventuale radiazione dall'albo – che comporterebbe questo atteggiamento – comporta per il medico la perdita della possibilità di lavorare. Cioè sostanzialmente è come se ti stesse dicendo, il presidente: "attento perché tu finisci in mezzo a una strada se fai un atto del genere". Poi l'ha un po' rivista comunque questa posizione.

Tra le altre posizioni contrarie, ovviamente, quella dell'Associazione medici cattolici italiani (Amci): ma questo ce lo aspettavamo. Mi ha molto colpito la posizione della Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia Intensiva (Siaarti), che in occasione dell'audizione davanti alle Commissioni riunite Giustizia e Affari sociali della Camera ha detto, in sostanza: "noi preferiamo non prendere posizione perché rappresentiamo tanti anestesisti, ognuno la pensa come vuole".

Quindi sono andati alla Camera ma sostanzialmente han detto: “noi no, assolutamente”. Hanno parlato un po’ di cure palliative, i soliti discorsi che sappiamo, triti e ritriti: è ovvio, ormai delle cure palliative conosciamo quasi tutto: quanto siano applicate, quanto purtroppo non siano ancora applicate.

Il Codice deontologico, come dicevamo, è assolutamente contrario. L’articolo 3 tra l’altro dice che uno dei doveri del medico è la «tutela della vita». Quindi di fatto il 3 e il 17 impediscono di intervenire. Perché io penso che sia compito del medico, *dovere* – scusate – morale del medico accettare? Ma perché ritengo che siano il medico e la medicina moderna – di cui ha parlato il Professor Flamigni e su cui quindi non tornerò – ovvero siano i progressi della medicina che hanno condizionato, hanno causato quelle condizioni definite spesso “infernali”, per le quali il paziente richiede per l’appunto una morte medicalmente assistita. Cioè è la stessa medicina: a volte ovviamente anche volendo fare del bene, per eterogenesi dei fini. Ma condizioni come quelle di Piergiorgio Welby, Dj Fabo, Eluana Englaro (di cui sentiremo la storia con Beppino) e anche il caso Piludu – che forse è meno noto ma è molto importante, dal punto vista giuridico in particolare ma anche deontologico – nascono perché è la moderna medicina che ha potuto portare quei pazienti in queste condizioni. Ovviamente con i dovuti distinguo: perché è chiaro che se parliamo del caso Englaro parliamo di una persona non più capace di intendere e volere, quindi con una volontà ricostruita. Ma se parliamo del caso Dj Fabo e quindi parliamo dell’attualità di questi giorni, di questi e dei prossimi giorni, se parliamo del caso Welby, parliamo di un paziente che voleva sospendere un trattamento.

Di fatto, ripeto, è il medico che, ovviamente con fine positivo cioè cercando di migliorare le condizioni di salute, invece ha provocato una condizione che di certo non si voleva provocare ma che porta il paziente a dover prendere delle decisioni, cioè a fare delle scelte: non volevo trovarmici, ma so magari che poteva essere questa. Facciamo dei casi pratici, perché a volte noi medici tendiamo a parlare e siamo convinti di parlare sempre con dei medici. La complessità delle patologie, l’avanzare dell’età, della vita media, la complicazione che si può avere con certi interventi chirurgici, certe terapie, portano a queste condizioni. Nel senso che solo un tempo esisteva – semmai è esistito – un concetto di “morte naturale”: il medico faceva diagnosi di patologia e poi assisteva sostanzialmente il paziente pian piano, con qualche modesto aiuto. Oggi ci sono interventi chirurgici molto complessi, terapie molto invasive: la sommatoria di terapie chirurgiche, chemioterapia, radioterapia, che possono portare il paziente a una certa condizione.

Poi rimane comunque, anche all’esito di tanti tentativi medici di poter curare la malattia, una condizione prognostica sfavorevole a breve. A uno dei criteri famosi – quello dei sei mesi, dei diciotto mesi – molte legislazioni hanno riconosciuto valore: di fronte a una prognosi a breve termine il paziente può chiedere di accorciare questo tempo di prognosi.

Ecco che quindi è la medicina che ha creato questa condizione di fatto. Non voglio entrare ovviamente in tutte quelle che possono essere le ragioni morali: ci sono filosofi della morale, quindi non mi dilungherò sul principio sacrosanto della disponibilità del bene della vita. Su questo penso che tutti noi che siamo qua in questa sala – non quelli che sono dall’altra parte, fuori nella piazza, magari no – ma noi sappiamo benissimo che il bene della vita è disponibile, per cui intendo che non ci sarebbe

nessuna contestazione su questo piano, sul piano filosofico, riguardo il suicidio razionale. Adesso non è compito mio, voglio dire, parlare di questo.

D'altronde non vedo neanche – e incomincio ad andare alle conclusioni – una grande differenza tra il medico che interrompe un trattamento salvavita e quindi determina la morte del paziente e il medico che compie un atto di morte medicalmente assistita, che sia eutanasia o suicidio assistito. Scusate se io comprendo le due casistiche in una sola per semplicità, anche se capisco bene le differenze poste da studi, anche internazionali. Sentiremo anche l'amico Johannes Agterberg che ci parlerà dell'esperienza olandese. Indubbiamente il medico si sente meno coinvolto nell'aiutare al suicidio rispetto all'atto eutanasi.

Di fatto però andare a fare queste distinzioni è molto difficile, perché quando un medico interrompe un trattamento ventilatorio di fatto determina in maniera attiva, con un atto commissivo, la morte del paziente. Deontologicamente non vedo alcuna differenza e, ripeto, non sto entrando minimamente nella differenza di tipo giuridico che capisco bene, in quel senso può essere differente. Penso però che sia quasi impossibile dire: “ma io interrompendo un ventilatore ho risposto deontologicamente alla richiesta del paziente”. Non cambia nulla rispetto al fatto, sai benissimo che quell'azione porta alla morte del paziente, come lui ha chiesto. E non c'è alcuna differenza deontologica – secondo me – tra iniettare il barbiturico o il curaro che porterà comunque alla morte del paziente: sono due azioni commissive. Sai bene che il tuo gesto in ogni caso provocherà la morte che il paziente ha chiesto, quindi anzi ritengo che sia anche un modo – lo dico senza offesa – meschino di distinguere deontologicamente, moralmente le due cose. Non vedo cioè questa differenza particolare strettamente dal punto di vista dell'operatore, anche se – ripeto – studi internazionali riconoscono che il medico si sente meno coinvolto a porgere il bicchiere davanti al paziente.

Recentemente, due mesi fa, sono stato in Svizzera a Zurigo: quindi ho visto anche come viene approntato lo “scenario” del suicidio assistito. Tra l'altro il medico non c'è neanche in quella stanza, quindi hanno risolto anche questo problema.

In conclusione volevo solo darvi proprio due cognizioni tecniche. Ho tratto dei dati dall'esperienza olandese, sempre grazie all'amico Johannes Agterberg che sentiremo, per capire quale può essere la dimensione del problema in Italia. Mi sono stati anche un po' contestati da alcuni giornalisti. Se raffrontiamo i dati olandesi, che sono i più affidabili perché ormai dal 2002 è stata introdotta una legge sull'eutanasia, all'inizio in Olanda il 2% per cento dei decessi totali erano morti assistite, per poi diventare il 4% per cento tutti i morti complessivi. Johannes Agterberg conferma che questi dati sono veri. Se questi dati li portassimo in Italia, con i numeri italiani, saremmo di fronte a una richiesta che potrebbe essere nell'immediato di circa diecimila pazienti all'anno, perché in Italia muoiono circa 550.000 pazienti all'anno. Il 2% su 550.000 pazienti sono circa diecimila pazienti e potrebbero diventare addirittura quasi il doppio: ventimila pazienti all'anno. Quindi non è un problema marginale, non è un problema che si direbbe da *radical chic*: è un problema di circa 15.000 persone, nella media nei primi dieci anni circa, per ogni anno. Grazie.

## **Mariella Immacolato**

Componente del Comitato di bioetica onlus, medico e direttore dell'Unità operativa di Medicina legale dell'Ospedale di Massa e Carrara

### **Bioetica, deontologia medica e suicidio medicalmente assistito**

Il mio intervento, per necessità e anche per i tempi concessi, si concentrerà sugli aspetti deontologici e se nella deontologia medica c'è la possibilità di poter contemplare anche quest'accompagnamento alla morte nella maniera come lo proponiamo nel nostro manifesto. Io vi dico subito qual è la risposta: la mia tesi è sì, che la deontologia medica va anche in questa direzione e non che ci sia una preclusione tale da impedire l'accoglimento – quindi come ha detto prima la professoressa Borsellino – cioè il compimento della legge 219/2017.

Io comincio dicendo che il paradigma etico che ritroviamo nel codice deontologico fino alla fine del secolo scorso è quello: il paradigma tradizionale della scuola di Ippocrate, che si incardinava sui principi che erano nel giuramento. Questi principi poi si erano concretizzati nel rapporto di tipo “medico-paziente”, che è il nucleo di tipo – appunto – paternalista. Poi vi ho riportato un paio di divieti cardine, come quello «non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale», ma dello stesso peso del divieto è la frase che veniva dopo: «né suggerirò tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicinale abortivo».

Sappiamo già che il secondo divieto è caduto e lo vedremo tra poco. Vi riporto questa sentenza del 1964 della Corte d'Appello di Milano – siamo nel secolo scorso, ma molti di noi qui erano nati e forse erano giovinetti – in cui ripropone nella sua massima né più né meno quello che diceva Ippocrate. Diceva che – per brevità non ve l'ho ripetuta – era un principio deontologico fondamentale, presente nei secoli, che il medico non dicesse la verità e non chiedesse il consenso al paziente per la terapia, in quel caso si trattava di un intervento chirurgico, senza illustrargli niente. E qui siamo nel 1964, che poi è un argomento ripreso anche nel 1975: c'è un congresso di giuristi importante a Milano sempre sulla nozione dei doveri del dottore nell'atto medico.

In questa diapositiva mi sono divertita a ricostruire come è stata l'evoluzione della deontologia in riferimento anche ai cambiamenti, alla rivoluzione medica dal punto di vista tecnico-scientifico. Come vedete sotto vi ho riportato le date del codice deontologico. Vedete che fino al 1995 il codice deontologico è né più né meno che il codice che abbiamo visto. Codice con la forte matrice ippocratica e quindi con il modello di rapporto che delineava né più e né meno che quello tradizionale. Dal 1995 le cose cambiano: nel 1995 cade, si attenua il privilegio terapeutico di dire o meno la verità al paziente, e nel 1998 c'è la svolta. Nel 1998 il Codice non fa più riferimento ai principi dell'etica, ma diventa un Codice costituzionalmente orientato. Nel 1998 fa sue le istanze che erano alla base della legge 833/1978, che istituisce il Sistema sanitario nazionale. Gli Ordini dei medici e i medici diventano, nella loro visione che è propugnata dal Codice, aderenti ai principi costituzionali. Così vediamo che nel 1998 troviamo né più e né meno i principi che troviamo nella legge 219/2017. Nel 1998 tutta la verità va detta paziente; nessun atto medico può essere fatto senza il consenso informato del paziente e di fronte al rifiuto il medico si deve arrestare. Lo diciamo già nel 1998, quasi vent'anni

prima della legge 219/2017. Nel 2006 abbiamo un ulteriore passo che anticipa la deontologia, anticipa il diritto: di questo dobbiamo essere orgogliosi e rivendicarlo. Nel 2006 noi abbiamo un articolo che parla di «direttive anticipate», cioè andiamo anche contro il Comitato nazionale per la bioetica, che sulle disposizioni anticipate parlava appunto di «dichiarazioni» e non dava la vincolatività che invece l'Ordine dei medici, cioè il Codice deontologico, impone con il termine «direttiva». Direttiva significa che la volontà è cogente e limita l'attività dei medici. Poi abbiamo le sentenze, vedete, che influenzano il Codice deontologico: sono quelle sul caso Englaro, le sentenze del 2007, come la vicenda di Welby, e nel 2019 abbiamo l'ultimo Codice vigente. Nel 2019 troviamo né più e né meno i contenuti che poi vengono trasferiti nella legge 219/2017, anche dal punto di vista lessicale. Quando la legge 219/2017 dice che l'informazione è «tempo di cura», lo ritroviamo: l'aveva già scritto il Codice deontologico. Quindi il Codice delinea il futuro sul fine vita. Il Codice deontologico fa diventare una realtà quella che giuridicamente diventò la legge 219/2017 per quanto riguarda le disposizioni anticipate di trattamento. Quindi potremmo dire che la deontologia attuale è diventata una deontologia «post-ippocratica» o «post-moderna»: è la deontologia che il professor Lecaldano nella sua trattazione tratteggia, dicendo che la preoccupazione della deontologia non è la qualità morale dell'azione ma la sua correttezza, tenendo soprattutto il punto di vista del rapporto tra la professione e la società. In effetti la deontologia può diventare il ponte che unisce professione e società. Ma quello che voglio richiamare di importante è che il Codice deontologico può aprire lo spazio perché si accolga il principio della morte medicalmente assistita. Volevo richiamare l'attenzione sul fatto che nell'articolo 17, di cui ha parlato prima Riccio, per la prima volta non si chiama più «divieto di eutanasia»: il fatto stesso che viene cambiato nome, cioè «eutanasia», appartiene esclusivamente alla dimensione medica. Ovvero un dogma, un principio che era rimasto fermo, intoccabile nell'evoluzione dei codici, lo è stato fino al 2014. Nel 2014 scompare «eutanasia» e viene riportata la definizione del Codice penale di «omicidio del consenziente», cioè il divieto di atti finalizzati alla morte.

Per cui diciamo che da dogma, da comandamento morale che riguardava solo i medici, viene derubricato a reato penale, sotto la legge penale che riguarda tutti quanti: non riguarda più soltanto i medici. Prima il divieto di eutanasia riguardava soltanto la classe medica: ora scompare. Poi nell'articolo 32 compare «doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili», vulnerabili. Quindi nel momento in cui l'ordinanza ci dice che bisogna proteggere i soggetti fragili e vulnerabili, all'interno di quest'articolo può essere ricompresa, intercettata, la domanda di essere aiutati in determinate situazioni.

Ultima considerazione e con questo concludo: quale deve essere il futuro della deontologia medica? È quello sicuramente di interpretare i bisogni delle persone: diventa inevitabilmente la deontologia che può essere l'oggetto del contratto tra professione medica e cittadini. Il Codice – queste sono le proposte che penso di dover sottolineare – deve allargare il concetto di salute. Finora abbiamo compreso soltanto la dimensione fisica e quella psichica: dobbiamo ricomprendere – è inevitabile, si va in questa direzione – anche la dimensione sociale. È solo allargando a queste tre dimensioni che possiamo intercettare i bisogni delle persone. La tutela della vita – questo ne viene, ne discende –

non è più solo una tutela della vita biologica ma anche di quella biografica, che hanno pari dignità e pari peso nelle scelte di fine vita.

Il futuro: qual è quello che ci si prospetta davanti? Quello di creare le condizioni deontologiche per costruire una nuova relazione di fiducia tra il medico e cittadino, tra medicina e società.

## Nicola Marongiu

Coordinatore dell'Area Welfare della Confederazione generale italiana del lavoro

### La Cgil e la battaglia per l'autodeterminazione della persona nel fine vita

Sostituisco Rossana Dettori della segreteria confederale della Cgil. Nell'ambito delle competenze che noi esercitiamo come confederazione gestiamo anche l'Ufficio Nuovi Diritti, che si occupa a tutto tondo del tema dell'autodeterminazione e della libera scelta della persona. Quindi partecipiamo anche ai lavori del Comitato nazionale di bioetica e ad altre iniziative. Abbiamo sostenuto a partire già dal 2016-2017 la campagna "Liberi fino alla fine", anche con prese di posizione pubbliche del nostro Segretario generale – allora Susanna Camusso, oggi confermate da Maurizio Landini.

Io vorrei soffermarmi su due aspetti in questa breve comunicazione. Uno è il ragionamento che penso dobbiamo fare rispetto alla praticabilità, nella discussione parlamentare, di questo percorso. Perché abbiamo un Parlamento, almeno quello che si è costituito nel 2018, che oggettivamente è stato un Parlamento poco permeabile nella sua azione legislativa dalle iniziative di soggetti esterni. In questo caso poco permeabile – ed è un paradosso istituzionale non banale – anche alla sollecitazione del massimo organo di giurisprudenza del nostro paese, la Corte costituzionale. Quindi è vero che oggi ci troviamo in presenza forse di un cambio di contesto: alcune forze politiche che oggi costituiscono il governo sono quelle che comunque negli anni 2013-2018 hanno scritto alcune pagine seppure non definitive. Mi riferisco alla legge sulle unioni civili, con la parte mancante relativa all'adozione dei figli, e alla legge sulle disposizioni anticipate di trattamento. Quindi forse c'è una possibilità di procedere, nel Parlamento che oggi dà fiducia al governo e che vede nella propria maggioranza forze che direttamente o indirettamente nella precedente legislatura hanno scritto alcune pagine, che hanno consentito di normare quegli aspetti. Direi non scontata, perché la sensibilità agli appelli riportati l'altro giorno in alcuni quotidiani da parte della Cei e quanto avverrà nelle prossime ore di sollecitazione da parte delle associazioni cattoliche, diventano un punto non banale nella riflessione che noi dobbiamo fare. Questo però per dire che probabilmente dovremo lavorare nella costruzione di una relazione con le forze parlamentari: si è costituito un intergruppo intorno a queste tematiche. Gli intergruppi sono quelli che in termini trasversali hanno la capacità di dialogare tra diverse forze politiche, di imporre all'agenda legislativa del Parlamento anche alcune altre tematiche.

L'altro elemento che vorrei approfondire è – lo diceva la professoressa Immacolato – cosa noi possiamo aspettarci il 24 settembre. Perché leggendo le disposizioni emanate con l'ordinanza 207/2018, è come se la Corte riconoscesse che non ha un potere di legiferare intorno a quel tema ma ha scritto un testo che di fatto è una norma. Perché pone la distinzione tra soggetto vulnerabile e soggetto che invece chiede la morte assistita per porre fine alle sue sofferenze; il fatto che si dica in modo esplicito di fare riferimento al Sistema sanitario nazionale, quindi l'organo che tutela la salute pubblica dei cittadini (intendendo come salute un ragionamento più complessivo); il fatto che si dica che non è sufficiente il ricorso alla cura palliativa e alla sedazione perché questo possa procurare una morte volontaria medicalmente assistita – perché non c'è una coincidenza, per così dire, tra volontà del soggetto e la tempistica, quindi tra la sua determinazione e il sopraggiungere della morte. Perciò nelle indicazioni

e per il fatto che si fa riferimento a una disciplina molto complessa, in cui si cita il tema delle patologie gravi e incurabili, la Corte non distingue, perché attiene al legislatore la definizione, nelle tabelle, di quali debbano essere quelle patologie, con un'accezione oggettivamente più larga.

Ma leggendo l'ordinanza 207/2018 non c'era soltanto l'invito a normare nei dodici mesi successivi: di fatto in qualche modo si era scritta la norma, anche individuando lo strumento al quale potersi relazionare. Perché si fa riferimento in modo molto esplicito alla legge 219/2017, quasi costruendo un elemento di estensione nel nostro ordinamento: intervenuta la disposizione anticipata di trattamento, in termini estensivi possiamo integrare questo ragionamento col punto relativo al suicidio medicalmente assistito. Lo si fa anche prendendo come riferimento le sentenze della Corte di Giustizia Europea e quanto avvenuto in altri paesi.

Il punto però complicato è che non essendo intervenuto nulla da parte del Parlamento, il 24 settembre cosa potrà succedere? Concordo con l'idea che è superato il giudizio di ammissibilità o non ammissibilità – perché quello ci sarebbe stato nell'udienza di prima elevazione del ricorso – ed è superato sicuramente il termine di rigetto o non rigetto, perché anche normalmente il rigetto avviene in una fase di valutazione di carattere preventivo, senza dare tempo al legislatore. Il rischio però è che il 24 settembre si possa produrre una situazione di ulteriore dilazione, restituendo in qualche modo potere al Parlamento. Questo bisogna verificarlo, perché il punto è capire se il 24 settembre la Corte può intervenire in qualche modo scindendo nell'articolo 580 del Codice penale tra ciò che è penalmente rilevante dal punto di vista dell'assistenza al suicidio di persona vulnerabile – e che quindi non sceglie volontariamente, in base anche alla sua capacità di intendere e volere considerata in senso largo – e individuando un'ulteriore fattispecie che non è soggetta a punibilità, ma diventa invece soggetta a regolazione di carattere normativo. Lo può fare la Corte in un'udienza sulla base di una sollecitazione pervenuta da un ricorso di un tribunale, in cui si discute di una singola fattispecie. Oppure ci ritroveremo ancora davanti alla previsione di un'ulteriore tempistica, magari più circoscritta – possiamo immaginare questo – da parte della Corte Costituzionale al Parlamento, per arrivare in tempi brevi a normare ciò che per alcuni aspetti appare palesemente violare la norma costituzionale. Quindi questo è il punto e questo penso sia probabile, lo dico in modo molto chiaro: noi ci aspettavamo delle coincidenze del 9 settembre e del 24 settembre diverse da ciò che si è realizzato in queste ore. Se ci fosse stato un elemento di continuità del Parlamento il mese di settembre poteva essere occupato – dal punto di vista dell'iniziativa pubblica – da quanto il 24 settembre sarebbe in qualche modo avvenuto, anche in ragione di una campagna che noi oggettivamente dobbiamo rivolgere all'esterno su temi che hanno questa complessità. È chiaro che il mese di settembre è diventato invece il mese della fiducia al nuovo governo, con le dichiarazioni programmatiche: però noi dobbiamo trovare il modo per inserirci in una discussione pubblica che deve mettere nell'agenda del Parlamento anche un tema come questo.

Volevo poter dare un contributo anche in termini di disponibilità della nostra organizzazione a essere un soggetto che supporta, che agisce pubblicamente, sapendo che su questi temi si agisce spesso anche in termini di propaganda però poi le buone ragioni trovano spazio per ascolto e spazio per condivisione, come è successo negli anni e nelle settimane scorse. Vorrei dire, facendo un salto

di maturità anche a prescindere dalle vicende di carattere personale. Bene che di queste cose si discuta in termini di impianto, di carattere complessivo, prendendo i casi come elemento di carattere emblematico. Ma gli interventi della giurisprudenza quando sono risolutivi intorno a un singolo caso dicono che c'è un'oggettiva assenza di capacità di regolazione preventiva. Sono concittadino di Walter Piludu, quindi ne conosco le vicende: penso che è maturo il tempo per dotarsi di norme che anticipano, in questo caso, le sentenze dei tribunali.

## Marinella Maucioni Piludu

Componente dell'Associazione Walter Piludu

### Da una vicenda personale alla questione civile e politica del diritto al suicidio medicalmente assistito

«Voglio cercare se, nell'ordine civile, può esservi qualche regola di amministrazione legittima e sicura, prendendo gli uomini come sono e le leggi come possono essere. Tenterò di associare sempre in questa ricerca ciò che il diritto permette con ciò che l'interesse prescrive, perché la giustizia e l'utilità non si trovino ad essere separate».

Ho voluto partire da questo passo perché queste parole mi tornano in mente sempre quando mi trovo ad affrontare la questione della legislazione sul fine vita. Mi viene in mente questo passo perché queste parole avrei voluto trovarle io. Le sento mie, poiché esprimono in maniera sintetica, ma chiara e distinta, convinzioni che ho maturato da tempo nel corso della mia esistenza, riguardo al compito del legislatore in generale in tutti i campi che gli competono e in particolare riguardo al fine vita, questione che mi coinvolge particolarmente per un'esperienza personale che molti dei presenti certo conoscono.

Ho maturato la convinzione che, affinché una società sia ben governata, ben amministrata, coloro che formulano le regole, il legislatore, devono considerare gli uomini per «come sono» per poi formulare le leggi «come possono essere». Ciò che il diritto permette non può essere dissociato dalle esigenze di chi quel diritto lo deve osservare, ovvero i cittadini. Ma Rousseau lo dice molto meglio di me: «ciò che l'interesse prescrive». Perché certe esigenze dei cittadini non sono ignorabili, sono proprio prescrittive. E solo così giustizia e utilità dei cittadini non si trovano ad essere separate.

Per quella che è la mia esperienza, nell'affrontare il tema dell'opportunità o meno e in quali termini di una legislazione sul fine vita, il dibattito è sempre complesso ed è giusto che sia così, perché è un tema delicato, un tema “sensibile”, che implica tanti aspetti e campi diversi: l'etica innanzitutto, per l'esigenza di individuare quali sono i principi e i valori ottimali per il singolo e per la collettività; il diritto che non può non tener conto dei principi e dei valori della società cui esso si rivolge; la medicina, perché c'è in questione l'identificazione del ruolo del medico, di come debba comportarsi per portare a termine la sua missione, che è quella di occuparsi del benessere delle persone.

Per quel che è la mia esperienza, ho constatato che tutti questi punti di vista sono ben rappresentati nei dibattiti e negli scritti sul tema, ma secondo me non è abbastanza rappresentato, in alcuni casi proprio per niente, il punto di vista di chi è protagonista di ciò di cui si parla. Se il legislatore deve considerare «gli uomini come sono» per formulare le leggi, nel caso del fine vita chi sono gli uomini di cui il legislatore si dovrebbe innanzitutto preoccupare? Sono i malati terminali, e non tutti i malati terminali, quei malati terminali che chiedono di essere aiutati a morire. Di loro si parla certo molto, in riferimento a quale può essere il loro bene, ma ho l'impressione che si parli poco *con* loro. Soprattutto ho l'impressione che si pensi da parte di molti che il malato è la sua malattia e quindi nel momento in cui una persona è malata la sua capacità di intendere e di volere è inficiata, non è più in grado di autodeterminarsi e dunque deve essere considerato, come qualcuno ha detto, regredito

all'età infantile e bisognoso di essere guidato.

Ma io penso che se la malattia non ha intaccato le cellule cerebrali, il malato, nonostante le sue sofferenze, conserva la capacità di intendere e di volere. Qualcuno dice: "ma è condizionato dalla sua malattia". Certamente i nostri ragionamenti, le nostre esigenze, i nostri obiettivi, il nostro progetto di vita sono sempre legati a ciò che noi viviamo e certamente un giovane di vent'anni in piena salute non si metterà a ragionare, né vorrà convincere circa la necessità di essere aiutato a morire. Mentre chi si trova in altre condizioni ha delle ragioni che vanno ascoltate, sono ragioni espresse con pieno razio cinio.

Lo posso dire con nozione di causa perché ho avuto una diretta esperienza personale: ho avuto in sorte di trovarmi al fianco di Walter Piludu, che era mio marito, per tutti gli anni della sua malattia, fino al momento ultimo. Mio marito era malato di Sla. Tutto quello che sto per dire di lui non è una mia interpretazione, se ne può trovare riscontro nei suoi scritti.

Devo innanzitutto sottolineare una cosa: Walter ha avuto una assistenza medica e infermieristica molto buona. Da questo punto di vista non riteneva di aver niente da lamentare. È stato circondato dall'affetto dei suoi cari e i suoi familiari lo hanno supportato in ogni momento della sua malattia. Aveva anche un'assistenza privata, perché i familiari ci tenevano a che non fosse lasciato niente al caso nell'accudimento richiesto dalla sua condizione.

Walter, come lui stesso diceva, non aveva voglia di morire, non se ne voleva andare dalla vita, le sue esatte parole erano queste: «non sono afflitto da fisime suicidarie». Era riuscito a trovare un senso alla sua esistenza anche in quella condizione. Non aveva sofferenze strazianti a causa della sua malattia, ma c'era il fatto, di non secondaria importanza, che la malattia fin da subito lo aveva paralizzato dalla testa in giù e gli aveva tolto la parola, lasciandogli solo la possibilità di muovere gli occhi e di poter comunicare per mezzo di un computer a comandi oculari.

Walter sapeva che anche la motilità oculare, se non fosse morto prima per qualche altra cosa, sarebbe venuta meno. E tuttavia Walter aveva comunque trovato un senso alla sua esistenza, l'aveva trovato, come diceva lui, «nella possibilità» – che ancora gli restava – «di pensare e di amare» e nella possibilità di poter trasmettere i suoi affetti e i suoi pensieri grazie al computer. Ma si chiedeva: fino a quando? Dunque Walter non soffriva dolori fisici insopportabili, ma aveva, secondo le sue stesse parole, una «grande angoscia». Non era l'angoscia per il presente, era angoscia per l'avvenire, angoscia per il futuro, angoscia per le possibilità che lo aspettavano e che conosceva benissimo. Sapeva come sarebbe andata a finire: se non fosse morto prima per qualche altro malanno, avrebbe perso anche la motilità oculare e sarebbe rimasto chiuso nel suo corpo come in un bozzolo, con la mente lucida – perché la sua mente era lucida – senza poter mai più comunicare con l'esterno. Questa era la sua angoscia, la sua maggior sofferenza, cui voleva porre fine senza vani rimandi e attese, dato che il suo destino era ormai segnato in modo irreversibile.

Per questo Walter ha fatto una battaglia pubblica – coerentemente con i principi e i valori in cui da sempre credeva – una battaglia per ottenere non il diritto per sé di potersene andare (la rivendicazione per sé l'ha fatta con una procedura legale presentando un'istanza al giudice tutelare attraverso un avvocato) ma per ottenere una buona legge sul fine vita, cui chiunque potesse appellarsi, senza dover

percorrere un iter giudiziario dall'esito non sempre certo, come dimostrano i casi Welby, Nuvoli, Englaro.

Walter non chiedeva soltanto una legge sul biotestamento, chiedeva una legge sull'eutanasia. Non aveva paura della parola eutanasia: aveva chiesto più volte a esponenti della cultura e della religione: «che differenza c'è tra l'atto del medico che stacca le macchine che mi tengono artificialmente in vita e l'atto del medico che mi dà una pozione letale che abbrevia il mio morire che è già iniziato? Che differenza c'è se sono io che lo chiedo? Nel momento in cui la volontà del soggetto è chiara e rilevabile e sono rilevabili anche le condizioni che lo portano ad esprimere quella volontà, che differenza c'è?».

Chiudo con un'altra citazione, spero mi perdonerete per questo. La citazione è dal *Vangelo di Giovanni* e si riferisce all'Ultima cena, quando, come tutti sappiamo, Gesù fa capire chi lo tradirà e rivolgendosi a Giuda dice «quel che devi fare, fallo al più presto»( altre fonti dicono «affrettati a farlo»). Spero di non essere blasfema e credo di non esserlo, se dico che ciò che chiede Gesù – che sapeva qual era il suo destino e lo aveva accettato, ma era angosciato dal non sapere come si sarebbe realizzato, in quali tempi, in quali modi, e dice a Giuda, che sapeva essere il tramite di realizzazione del suo destino: «affrettati» – è la stessa cosa che alcuni malati terminali chiedono al loro medico: “so qual è il mio destino, so che tu mi puoi aiutare ad arrivare alla fine, affrettati ad aiutarmi”. Grazie dell'attenzione.

## Beppino Englaro

Presidente dell'Associazione Per Eluana

### Eluana, liberi di scegliere come base per le opzioni di fine vita

Buongiorno a tutti da parte mia. Io parlerò della forza della semplicità della vicenda di Eluana, che come tutti sapete è un grande caso costituzionale, della «peste del linguaggio», della scompostezza della classe politica, in questo caso, quando ha sollevato conflitti senza precedenti contro una sentenza della Corte suprema di Cassazione.

Risaliamo, come tutti sapete, a oltre ventisette anni fa. Al gennaio del 1992, quando una ragazza aveva avuto modo di percepire un anno prima i pericoli della rianimazione ad oltranza quali sbocchi può avere. Perché io sostengo sempre questo: sono in pochi a sapere queste cose, a essere informati di questo, purtroppo. Lei aveva avuto modo, nello specifico, di vedere questo, quando si è venuta a trovare in una situazione in cui non era più capace di intendere e di volere. Dal momento che anche lei un anno prima – cioè neanche un mese prima del suo incidente – aveva scritto una lettera ai suoi genitori, dove parlava del contesto biografico nel quale lei aveva vissuto. Soprattutto fa presente anche questo. Questa lettera l'abbiamo trovata quindici anni troppo, ma è stato importante che noi abbiamo agito senza la conoscenza di questa lettera. Perché le cose significative di questa lettera sono queste: lei era figlia unica e quindi dice «noi tre formiamo un nucleo molto forte, basato sul rispetto e l'aiuto reciproco». Parla di grandi valori, come il rispetto verso se stessi e degli altri e della famiglia sulla quale lei poteva contare – parole sue – «salda, calda e affettuosa», sulla quale si può contare. Una volta che si è venuta a trovare non più capace di intendere e di volere a seguito di un incidente stradale, in uno stato di coma profondo, è stato automatico per noi darle voce. Ma la sorpresa è stata questa: quella del medico che ci chiede che cosa volevamo. Semplicemente darle voce, dialogare col medico. Lui ci dice: «non c'è niente da dialogare». Avete sentito com'era la situazione. Quindi noi abbiamo trovato una situazione culturale che non dialogava, perché la ragazza era molto forte, molto determinata e con idee non dico chiare ma chiarissime riguardo la sua vita, che aveva avuto nel contesto familiare un approfondimento su questioni come vita, morte, dignità e libertà. Aveva dei concetti etici filosofici molto forti, anche questi molto determinati. Quindi quando noi abbiamo detto al medico «un momento, qui si tratta di una ragazza che conosce questa situazione, si era espressa», ha replicato: «No, non c'è niente da dialogare, chiuso l'argomento, io non posso non curare». Perciò questi pericoli si sono poi verificati anche nel caso di Eluana, come del suo amico. Lo sbocco peggiore che può avere una rianimazione non andata a buon fine, che si dice in termini scientifico-clinici «stato vegetativo permanente». Pensate voi, questa situazione non ve la sto a descrivere perché ormai più o meno la conoscete tutti. Sentirsi dire poi, una volta creata questa situazione, che non ci sono risposte e non ci sono soluzioni. Dal momento che noi avevamo fatto presente da subito quale sarebbe stata la scelta di Eluana, dal momento che nello specifico il medico si è espresso, lo stato dell'arte della medicina era di poco superiore a zero, con incognite a 360 gradi. Quindi sin dal primo colloquio non potevamo escludere questo sbocco: una volta creato questo sbocco – che non esiste in natura, come vi ho già detto, è lo sbocco di una rianimazione non andata a buon fine – ci siamo

sentiti dire “non ci sono risposte, non ci sono soluzioni”, perché la ragazza in questa situazione non è né una malata terminale, né una morta cerebrale. Questo è da dire: la scelta che avrebbe fatto Eluana di fronte a tale situazione sarebbe stata un semplice “no grazie” all’offerta terapeutica, “lasciate che la morte accada”. Perché lei non aveva nessun tabù della morte – si era espressa – il suo tabù era la *profanazione* del suo corpo, quando una persona in questa situazione dipende in tutto e per tutto da mani altrui. Pensate quindi voi, essere in una situazione del genere e venirne a conoscenza. Non sono poi solo i medici: anche dentro la società c’era una situazione culturale per cui mi dicevano “cosa pretendi? Di che cosa parli?” di fronte a una famiglia che aveva le idee chiare, che avrebbe trovato una soluzione da subito, senza nessuno. È chiaro, era un diritto costituzionale fondamentale, l’ho fatto presente al medico, cui ho detto subito: “scusa eh, se lei era capace di intendere e di volere tu dialogavi”. Non occorre essere costituzionalisti per sapere che la nostra Costituzione non lascia discriminare le persone: tutto lì. Ma trovare dentro la società questa situazione non ce lo saremmo mai sognati: io ricorderò sempre il primo interlocutore. Eravamo due genitori randagi che abbaiano alla luna: il primo interlocutore che abbiamo trovato era l’allora presidente della Consulta di bioetica di Milano, il professore e neurologo Carlo Alberto Defanti, che ci fa presente quello che avevamo già constatato, cioè che la situazione italiana era quella. Ma poi disse: “forse se lei ha fiducia in noi, viene da noi e vediamo quello che possiamo fare”. È chiaro, questa Consulta non occorre che ve la spieghi cos’è: quindi è lì che si è trovata una soluzione per rivendicare questa libertà e questo diritto costituzionale fondamentale.

Ma noi per avere la risposta concreta – si intende, sempre per la situazione culturale del Paese – abbiamo dovuto attendere quindici anni e nove mesi: 5.750 giorni per trovare nero su bianco che l’autodeterminazione terapeutica di Eluana non poteva incontrare un limite, anche se ne conseguiva la morte e non aveva niente a che vedere con l’eutanasia. Quindi parla chiaro questa sentenza: nessuno può decidere né al posto né per; bisogna decidere *con*: dando voce a Eluana decidevamo con Eluana, pensate voi. Poiché, appunto, una volta creata questa situazione loro dicono “bene”. C’erano questi presupposti: sempre quello della situazione culturale del paese, quello della condizione clinica di Eluana, dei convincimenti come vi ho già detto etici, culturali e filosofici ben determinati, ben chiariti sin dall’inizio con i medici e con tutti, fatti presente, che erano quelli.

Tutte le sentenze precedenti evocavano cose che veramente non avevano nessun senso per noi. Come devo sottolineare tuttora, anche dopo quasi ventotto anni, tutto quello che è stato contro, che viene argomentato contro questa libertà e questo diritto fondamentale per quanto concerne noi tre, che avevamo una posizione univoca: non ha un senso. Non ha un senso: chiuso l’argomento, non tocca niente. Noi avevamo questo convincimento e come, ho già detto, formiamo questo nucleo molto basato su rispetto e aiuto reciproco. Questi convincimenti andavano rispettati, non chiedevamo niente, meno di chiedere niente. Abbiamo sentito parlare qui della «infantilizzazione»: lo ricordo sempre quanto al medico ho detto “guarda, io non sono all’asilo”. Gli ho detto proprio queste testuali parole, quando lui evocava tutta la sua scienza, la sua coscienza, il Codice deontologico, il giuramento ippocratico, la cultura della vita: tutto questo evocava. Era questa la situazione. Quindi c’erano questi presupposti che vi ho detto un momento fa. Tutte le sentenze precedenti erano state annullate e

da una nuova sezione della Corte d'Appello di Milano, che aveva già detto no tre volte, venivano valutate queste dissertazioni, che poi venivano riprese. Cosa ha fatto, cosa fa la rianimazione in questi casi? Interrompe il processo del morire, crea condizioni di vita estranee al modo di concepire l'esistenza di Eluana e poi condanna a vivere. Peggio di così è che i medici non potessero intervenire. Gliel'ho detto, perché sapete tutti che a cavallo di questo c'è stato il caso inglese di Tony Bland. Gli ho fatto presente: "scusate, siamo in Europa". Quindi, il caso di Tony Bland: proprio da coloro che avevano interrotto il processo del morire, d'accordo con chi aveva fatto presente questo per Bland, veniva ripreso il processo del morire. Vi ho detto che incide sempre questa situazione culturale. Quindi, la nuova sezione dalla Corte d'Appello di Milano ha verificato e ha emesso un decreto, perché nel frattempo Eluana oltre al tutore aveva anche il curatore speciale, perché non bastava il tutore – si sono cautelati al massimo, era la prima volta che venivano rivendicati questi diritti. Pensate voi che i due rami del Parlamento (qui siamo vicini), una volta che noi avevamo come tutore e curatore speciale la possibilità di far riprendere il processo del morire, sollevarono un conflitto di attribuzione, dicendo che non spettava alla Corte suprema di Cassazione, alla magistratura, dare una risposta a questo tema: spettava al Parlamento. È chiaro che spetta al Parlamento, ma se il Parlamento non aveva risposto, la magistratura non poteva non rispondere alla domanda di giustizia di Eluana, altrimenti andava incontro a una negata giustizia per questo fatto. Bene, quindi hanno sollevato persino questo, per la prima volta in questo caso. Perché è un grande caso costituzionale? Perché non ha avuto l'accesso diretto ma il giudice di legittimità era la Cassazione. La Cassazione ha riconosciuto la legittimità dell'autodeterminazione di Eluana secondo i suoi convincimenti, e chiuso l'argomento: questo ha fatto.

Si è verificato quindi tutto ciò, arrivato alla Corte costituzionale, la quale ha ritenuto inammissibile tutto. Questo per dirvi della situazione culturale che ha trovato questa vicenda e dove l'ha portata questa situazione culturale del paese. Infatti adesso tutte queste istanze vengono portate avanti nel modo dovuto, come è stato fatto nel caso di Eluana: trovano un'altra situazione culturale e grazie non solo alla vicenda di Eluana – ma la vicenda di Eluana ha avuto la sua parte. Abbiamo sentito parlare del caso di Welby, del caso Piludu e di tutti questi casi. Tutti hanno dato un contributo in modo che queste nuove libertà e questi diritti fossero rivendicati. Perché è chiaro, questa era la rivendicazione di una libertà, di un diritto costituzionale fondamentale. Quello che veniva rivendicato allora erano certe cose che al momento attuale, secondo la Costituzione, erano considerate un reato in Italia. Ma le cose si sono evolute ora, come tutti hanno spiegato in questo incontro e continueranno a farlo anche il pomeriggio per spiegare l'evoluzione di tutto ciò. Perché questa accresciuta potenza della scienza medica insomma ha i suoi limiti e bisogna stare attenti: bisogna vedere questa evoluzione. Quindi determinante è stata l'evoluzione culturale che queste vicende hanno portato dentro la società. È questo quello che io voglio far presente quindi adesso, il punto di partenza di questi nuovi riconoscimenti, di questi nuovi diritti e libertà. Già più di un secolo fa Joseph Pulitzer ha detto che «un'opinione pubblica bene informata» – quello che è stato fatto nel frattempo – è come una «Corte suprema»: quindi il Parlamento dovrà legiferare per forza, perché c'è questa questa determinazione della Corte suprema dell'opinione pubblica bene informata.

## Matteo Mantero, senatore del Movimento 5 Stelle, dialoga con la giornalista Margherita De Bac

### Cosa è successo e cosa succederà in Parlamento

#### *Primo intervento*

Buongiorno a tutti, io non mi aspettavo di intervenire quindi vi farò solo un saluto. Anche perché non voglio rubare tempo al dibattito: poi ci sarà la tavola politica nel pomeriggio, quindi magari avremmo modo di dire qualcosa di più, più tardi.

Sono contento che – in questa giornata di fiducie e “contro-fiducie” di vecchi governi e nuovi governi – si sia riusciti a ritagliare questo spazio per parlare di temi così importanti, che ho avuto l'onore di seguire, la fortuna di seguire già dalla scorsa legislatura per la legge 219/2017. Una cosa che brevemente ho detto durante il dibattito nella scorsa legislatura sulla legge sul biotestamento e sulle disposizioni anticipate di trattamento è stata: noi non abbiamo questo compito. Questi temi sono sempre considerati dalla politica scivolosi e pericolosi, perché sono divisivi, perché sono rischiosi, perché l'elettorato non li capisce. L'elettorato poi sono i cittadini, che sono sempre molto più avanti della politica. Quindi la politica molto spesso è refrattaria a seguire quello che invece la società civile ha già da tempo accettato. Spesso la giurisprudenza e i giudici devono necessariamente sostituirsi alla politica proprio per questa refrattarietà. Questi temi sono perciò sempre scivolosi e io ho detto molto semplicemente, in realtà, quello che dobbiamo fare: noi non dobbiamo star qui a decidere cosa sia giusto e cosa sia sbagliato per questo o per quell'altro, cosa sia sofferenza evitabile, cosa non lo sia. Non dobbiamo arrogarci il diritto di decidere per gli altri ma dobbiamo semplicemente dare a ognuno gli strumenti di per decidere per se stesso.

Un primo passo lo abbiamo fatto con la legge 219/2017, che ha dato a una grande parte dei malati, delle persone che soffrono, gli strumenti per autodeterminarsi, per decidere per se stessi. Ma non siamo riusciti a dare una risposta a tutti, perché ci sono ancora persone che sono costrette, che non possono avere una risposta per veder riconosciuto il loro diritto di fare un viaggio come è successo Dj Fabio, il caso che ha poi mosso l'ordinanza della Corte costituzionale. Queste persone sono costrette a fare un viaggio oserei dire straziante oltrefrontiera. Quindi abbiamo, credo che il Parlamento abbia il dovere, di dare risposte a queste persone. Sono perciò molto contento che oggi siamo qui e che ci sia questo dibattito, perché è proprio attraverso il dibattito che possiamo continuare a portare avanti questi temi. Voglio ringraziare sicuramente più di tutti Marinella Piludu, Beppino Englaro e Mina Welby perché sono forse quelli che, con i loro casi, hanno “forzato” l'opinione pubblica, che ci hanno costretti a dibattere sul tema: sono quelli che ci hanno fatto più spostare verso la prima risposta, che abbiamo dato con la legge 219/2017. Spero che riusciremo ad arrivare a dare una risposta anche a quelli che non hanno una risposta. Continuo velocemente dicendo che ho sentito molti che auspicavano che la nuova maggioranza potesse intervenire positivamente, addirittura esprimendo la speranza che la Corte costituzionale non rimandasse ulteriormente. Io francamente spererei il

contrario, perché intanto credo che in queste cose debba sempre essere centrale il Parlamento e non il governo. È quindi a prescindere dalle maggioranze di governo che il Parlamento dovrebbe legiferare su questi argomenti. La maggioranza, le forze presenti nel Parlamento, sono le stesse identiche che c'erano prima del cambio di governo. Sì, forse adesso è più facile, è meno di rottura, ma è anche vero che nella scorsa legislatura abbiamo approvato questa legge con una maggioranza diversa da quella di governo. Credo che così dovrebbe essere sempre, perché più è ampia la maggioranza, più ampio è dibattito su questi temi e meglio è. Le forze in Parlamento non sono cambiate e prima del cambio di governo non c'era stata un'apertura su questi temi. Un po' tutte le forze politiche, noi compresi, avevamo forse forzato poco la mano su questi temi, quindi non mi aspetto grandi cose dal nuovo governo. Mi aspetto che se la Corte costituzionale prenderà atto che ancora una volta la politica si sottrae ai suoi doveri – e quindi sgombrerà il campo dagli argomenti ideologici, tratterà la strada, sancirà il diritto – allora il Parlamento potrà, credo in maniera molto più semplice, intervenire regolamentando – cosa che la Corte costituzionale non può fare. Credo che lì potremmo fare un buon lavoro. Quindi spero, il mio auspicio è questo: che ancora una volta la Corte costituzionale intervenga e tracci la strada e che a questo punto noi possiamo, come Parlamento, intervenire dando pure una cornice regolamentatoria. Grazie a tutti.

#### *Secondo intervento*

##### *De Bac*

Dunque auspichi che la Corte costituzionale non rinvi, non posticipi ancora la decisione con un'iniziativa che, mi spiegava la professoressa Borsellino, sarebbe inusuale, no? Un rinvio ulteriore.

##### *Mantero*

È inusuale anche questo rinvio. Diciamo questo: anche questa ordinanza è inusuale. Questa mattina ho detto questo, giusto a compendio di quello che hanno detto i colleghi: credo che ancora una volta la politica sia colpevole di essersi sottratta alla sua responsabilità di legiferare su una materia in cui c'era chiaramente un vuoto normativo. Come ha fatto per anni per la legge 219/2017. Credo che siamo colpevoli tutti. Anzi, forse l'unica forza politica che credo sia stata coerente è la Lega, perché ha rivendicato le sue posizioni – che io ovviamente non condivido – su questi temi. Sappiamo quali erano le posizioni dei leghisti, il loro punto di vista, quindi hanno cercato di arginare il fatto che si andasse, che si arrivasse ad un testo unico. Hanno anzi cercato di fare qualcosa in modo da far slittare la sentenza della Corte costituzionale, per evitare che la Corte costituzionale intervenisse. Addirittura nella loro proposta, se non sbaglio, volevano modificare la legge 219/2017 togliendo anche la parte dell'idratazione e nutrizione che avevamo inserito appunto nella scorsa legislatura. La Lega quindi a mio avviso è stata l'unica forza politica coerente che ha fatto il suo mestiere, perché quella era la posizione che portava avanti.

Noi e il Pd siamo effettivamente colpevoli. Il Pd di non essersi proposto, diciamo, anche come forza di rottura rispetto all'asse di governo. Noi, durante la scorsa legislatura, probabilmente ci siamo

riusciti perché forse eravamo al termine e a quel punto l'alleanza con il Nuovo centrodestra (Ncd), che allora era la parte che si opponeva alla legge, non era più così importante. Tanto si era arrivati alla fine della legislatura e ci siamo trovati quindi, forse, in questa condizione ideale che per fortuna è successa. In questo caso, ovviamente da opposizione, se loro avessero forzato su questo tema avrebbero fatto una cosa legittima perché, come ho detto questa mattina, è il Parlamento. Il governo dovrebbe cioè fare un passo indietro rispetto a queste cose, su questi temi, e dire "io mi astengo, il Parlamento faccia il suo mestiere".

Questa credo che sia la posizione più corretta perché più ampia la maggioranza, più è ampio il dibattito e più su questi temi si ottiene la proposta migliore – magari un passo alla volta, però si ottiene il risultato migliore. Il Pd avrebbe sicuramente potuto, proponendosi, mettere in difficoltà l'asse di governo. Ma anche noi siamo sicuramente responsabili. Per quanto i colleghi abbiano fatto secondo me un lavoro encomiabile. Una proposta che a me piace molto proprio perché prevedeva tutti gli aspetti. Perché, come dicevo questa mattina, quello che dobbiamo fare è dare alle persone tutti gli strumenti – alle persone che soffrono ma anche non necessariamente a quelle che soffrono, alle persone che si avvicinano alla fine della vita – per scegliere qual è la strada per loro più dignitosa. Che siano le cure palliative, la terapia del dolore, l'interruzione di un trattamento sanitario piuttosto che il suicidio assistito o l'eutanasia, per chi fisicamente o moralmente non ce la fa. Come dicevano giustamente il professor Luca Savarino e il collega Giorgio Trizzino, anche il suicidio assistito è discriminatorio rispetto ad alcuni casi. Perciò avremmo dovuto e dovremmo fornire tutti gli strumenti possibili. E anche noi su questo tema non abbiamo forzato la mano, nonostante il buon lavoro fatto, ci siamo sottratti dall'esporsi molto più forti. Avremmo potuto anche noi forzare la mano al Pd ad esempio, o comunque alla parte più progressista del Parlamento, su queste tematiche. Invece siamo stati timidi su questo provvedimento. Quindi siamo tutti responsabili per non aver raggiunto questo risultato. Concludo dicendo che a questo punto è tardi: qualsiasi cosa si tenti di fare per rimandare ulteriormente l'espressione della Corte costituzionale è solo pericoloso. A questo punto lasciamo che loro sgombrino il campo dagli aspetti ideologici, dicendo qual è la strada che noi possiamo regolamentare. A questo punto è dovere del Parlamento entrare nel dettaglio, dire che sarà il Servizio sanitario nazionale, la metodologia e tutto quello che va fatto.

*De Bac*

Una cosa veloce: parlavi prima di una iniziativa in Senato, di qualcosa che potrebbe essere fatto anche in Senato.

*Mantero*

Sì, io ho depositato una proposta al Senato però poi quella che sta proseguendo alla Camera è un passo avanti rispetto alla mia, è molto più completa. La proposta del Pd depositata al Senato è molto simile a quella della Lega, a parte la revisione della 219/2017 che non è presente. Anche la loro soluzione però era quella di differenziare la pena per l'istigazione all'assistenza al suicidio e comunque lasciare in entrambi i casi una pena inferiore, ma comunque sarebbe stata sempre reato.

Si discostava poco dalla proposta della Lega, per cui se per noi non era accettabile il punto di caduta della Lega non può essere accettabile questo. Nel Pd ci sono però sensibilità diverse: la Cirinnà non ha firmato questa proposta, ha un punto di vista estremamente diverso su questi temi. Quindi anche quella era una visione parziale del Partito Democratico, non guardava alla sua completezza.

## Emilio Coveri

Presidente di Exit Italia

### L'oppressiva minaccia del reato di aiuto al suicidio oggi incombente

Eutanasia è decidere per se stessi. Io sono Emilio Coveri, presidente e fondatore della Exit Italia, associazione italiana per il diritto ad una morte dignitosa, che si batte del nostro paese da vent'anni per ottenere questo diritto di libera scelta che spetta ad ognuno di noi, per decidere della fine della nostra esistenza. Una fine che deve essere dignitosa e soprattutto senza inutili ed atroci sofferenze. Voglio ringraziare naturalmente tutti gli amici dell'Uaar (anch'io sono un iscritto di Torino dell'Uaar), Maurizio Mori e la Consulta e tutti gli amici che mi hanno invitato. Sono orgoglioso di partecipare perché anch'io, come tutti noi della Exit Italia, vogliamo dare il nostro contributo per questa ragione che riteniamo sia importantissima. Abbiamo visto che anche questa settimana passata si sono dati da fare dal Movimento per la vita, naturalmente, per ribadire che l'eutanasia è un omicidio. C'è stato poi il pontefice, che ha ribadito che non si può uccidere o sopprimere un'altra persona. Ma io direi che prima di parlare bisognerebbe che si mettesse a posto con i propri conti, cioè dovrebbe pagare l'Ici che non ha ancora pagato. Sono qui perché anch'io ho avuto le mie ragioni: in questo luglio mi è arrivato un avviso di garanzia per istigazione al suicidio. La cosa è nata in questo modo: nell'agosto del 2017 mi telefona una signora, Alessandra Giordano di Paternò in provincia di Catania, dicendo che aveva visto su internet che esiste un'associazione, Dignitas, e che lei stava malissimo, aveva una malattia che non le permetteva più di continuare a operare nell'ambito del lavoro. Lei faceva l'insegnante: ha dovuto lasciare il lavoro perché ogni cinque minuti doveva buttarsi a letto e stava male. Gli esami – mi disse – che aveva fatto a Catania non avevano rilevato più di tanto. Lei si era rivolta a Milano, al San Raffaele, e aveva fatto una serie di analisi in cui le avevano dato il responso di questa malattia. Bisogna dire innanzitutto che chi fa la domanda di attivazione della procedura di suicidio assistito, di morte volontaria medicalmente assistita, in Svizzera ha tutte le associazioni che accettano gli stranieri, tra cui ci sono quella di Basilea, di Berna e di Zurigo – la Dignitas, appunto. Accolgono e accettano una persona solamente se ha una malattia grave, irreversibile, clinicamente accertata e senza più possibilità di guarigione. Altrimenti non ti possono aiutare. Lo sappiamo tutti, abbiamo visto in più di un'occasione. La signora Alessandra di Paternò aveva voluto naturalmente informazioni e io, come faccio sempre con tutti, gliele ho date – che sono poi quelle che sono su internet.

Devo fare una premessa: perché a un certo punto mi disse che la sua famiglia l'aveva lasciata sola soletta. Erano otto mesi che non la contattavano più e poi scopriamo che quest'anno, verso febbraio o marzo, è venuta fuori la questione su *Chi l'ha visto?*: la famiglia ha fatto un'istanza, una denuncia di scomparsa di una persona. Difatti non è che me la prendo con il giudice che mi ha mandato l'avviso di garanzia per istigazione al suicidio, anche perché io quando stato il 31 luglio a Catania a rispondere alle domande del procuratore ho detto che allora avrei istigato 680 persone in questi ultimi quattro anni. Bisogna cercare di capire che tra chi viene da noi c'è chi fa il testamento biologico: sta bene e

vuole mettere le mani avanti. Adesso, con la legge 219/2017, è una garanzia perché le nostre volontà non sono solo rispettate ma legalizzate. Quindi alla signora ho fatto fare il testamento biologico; poi mi disse che la sua famiglia era totalmente contraria, comunque non l'avrebbero accompagnata. Io le dissi – ci sono anche delle registrazioni, naturalmente – che avrebbe dovuto pensarci per conto suo. Difatti poi lei si mise d'accordo con la Dignitas: la Dignitas in questo ti dà tutta l'assistenza possibile e immaginabile. Sta di fatto che lei è andata a marzo e ha risolto il problema. Mi sembra che nel mese di dicembre andò prima ancora una volta al San Raffaele per farsi fare un certificato in più che voleva la Dignitas. È partita e ha risolto il suo problema dignitosamente. Senonché la famiglia ha fatto un esposto alla Procura della Repubblica. Io non me la prendo – ripeto – con il giudice, perché il giudice giustamente su un esposto deve indagare. C'è però un fatto, cioè si parte dal principio che se vogliamo pensare male di tutto e di tutti si finisce per fare il cosiddetto “processo alle intenzioni”: così non va più bene.

Noi siamo qui per ribadire che c'è qualcosa da fare, qualcosa da cambiare, c'è qualcosa sicuramente da rettificare soprattutto per gli articoli 579 e 580 del Codice Penale. Perché per un gesto di compassione o di amicizia o di amore, quando io accompagno una persona che mi ha chiesto di andare in Svizzera poiché non ne può più e vuole morire dignitosamente, debba rischiare dodici anni di galera. Per un gesto così tanto chiaro e umano.

Ora, per esempio, riferendomi alla famiglia della signora Giordano: nella trasmissione *Chi l'ha visto?* è venuto fuori che il fratello di questa signora ha detto in trasmissione che sarebbe partito, andato a Zurigo a riprendere Alessandra per riportarla a casa. Per continuare a farla soffrire? Qualcuno mi deve spiegare che cosa significa l'espressione “carità cristiana”. Qualcuno mi deve a rispondere a questa domanda: è lecito vedere una persona soffrire oltre misura? Se mi risponde bene io do le dimissioni da Presidente, chiudo la baracca e saluti e baci. Ma quando riceviamo novanta telefonate alla settimana di persone disperate – questo l'ho fatto presente anche al procuratore – di gente che sta male! Vedete, forse noi siamo dell'avviso, quando una persona sta male la vita diventa difficile, non ha più voglia. A noi piace per esempio andare al cinema, andare al teatro, andare in vacanza, oppure con gli amici a cena o a pranzo. Quando uno sta male non ha più voglia di fare niente. Non ha voglia di mettersi lì e pensare: “guarirò, non guarirò” (anzi molto probabilmente “non guarirò”). Quindi è facile anche cadere in depressione, ma questa è una cosa successiva: ciò che dispiace è che hanno fatto passare questa povera signora come depressa. Non è vero, io lo sentivo al telefono: doveva smettere di conversare con me, diceva “ti richiamo più tardi”, poi magari chiamava il giorno dopo perché doveva buttarsi – e non ne poteva più – a letto.

Noi, come dicevo, riceviamo tantissime telefonate: il *trend* sta aumentando vertiginosamente. Siamo preoccupati perché manca una normativa di legge che regolamenti l'eutanasia. Tra l'altro noi qualche volta anche sotto la nostra sede riceviamo pure dei cartelloni intimidatori di Militia Christi – che non sapevo neanche esistesse. Riteniamo che ci sia qualcosa da fare, da modificare. A proposito della legge, noi a maggio abbiamo consegnato qui alla Camera dei deputati nella Sala dei presidenti a tutti i gruppi parlamentari la bozza del nostro progetto di legge su eutanasia e suicidio assistito in Italia, completo, tutto studiato dal nostro Comitato etico-scientifico, da me, da noi, da tutti quanti:

avete solo da copiarlo! Devono solo andarci dietro: l'abbiamo consegnato soprattutto al gruppo dei Cinque Stelle che ci ha voluto accogliere anche nella loro sede, all'onorevole Dorian Sarli e mi sembra di aver letto anche nel comunicato che c'era l'onorevole Giorgio Trizzino.

Allora copiamolo, mandiamolo avanti, perché questa è già una cosa fatta su un piatto d'argento! Vedete, se manca la volontà politica di fare le cose allora non le facciamo sicuramente. Ma adesso nel nostro paese c'è bisogno, c'è necessità di regolamentare questo. Questa è una cosa che gli italiani sentono: l'Eurispes ha anche detto che quasi l'80% degli italiani è favorevole. Allora c'è solo dire una cosa ancora e poi chiudo: se abbiamo un diritto alla vita abbiamo un diritto alla morte. Sta a noi, deve essere riconosciuto a noi il diritto di poter decidere «il come e il quando» della nostra morte. È inutile che vi dica che sono parole di Indro Montanelli. Io vi ringrazio dell'invito, sono orgoglioso di essere qua e sono sempre vicino a voi. Continueremo sempre lottare insieme e solo così potremo raggiungere un qualcosa di concreto per il nostro paese. Grazie ancora!

## Luca Savarino

Componente del Comitato nazionale per la bioetica, docente di Bioetica presso l'Università del Piemonte Orientale

### Il suicidio medicalmente assistito non è frutto di individualismo

Grazie dell'invito. Il tema del mio intervento è il suicidio assistito motivato da ragioni solidaristiche, non esclusivamente individualistiche. Temo che ripeterò molte delle cose che sono state già dette questa mattina, dette anche meglio di come le potrei farlo io. Mi concentrerò su quattro o cinque punti molto brevi.

Innanzitutto vorrei cominciare con il parere sul suicidio medicalmente assistito che è stato recentemente prodotto dal Comitato nazionale per la bioetica. Vorrei ricordare una cosa che secondo me è molto importante, cioè che i giornali – soprattutto tra coloro che sono critici nei confronti del parere – hanno sostenuto che è un'apertura all'eutanasia o al suicidio medicalmente assistito. Non è così: la notizia a mio avviso è un'altra. La notizia vera è che il Cnb, a differenza di quello che avrebbe fatto fino a cinque o dieci anni fa, ha scritto un parere descrittivo che *non* è una chiusura di principio sul suicidio medicalmente assistito. Questa è l'unica notizia che i giornali avrebbero dovuto dare. Cioè che finalmente il Cnb ha fatto il Cnb, ha fatto l'organo istituzionale e ha preso una posizione descrittiva in cui ha spiegato a tutti – operatori o cittadini che leggono il parere – quali sono le questioni in gioco: questioni scientifiche, etiche e giuridiche. Inoltre ha lasciato spazio a due “macro-posizioni” più o meno numericamente pari – anche se la posizione di coloro che erano favorevoli, di cui io facevo parte, è lievemente superiore all'altra, in proporzione circa dodici a undici. Il Cnb ha fatto il suo mestiere, come doveva farlo, cioè ha emesso uno strumento di riflessione al servizio di operatori e cittadini. Questa è la notizia del recente parere del Comitato nazionale per la bioetica che a mio parere rispecchia in maniera corretta una divisione che c'è non solo all'interno dell'organo, ma anche all'interno delle nostre società. Questa è la prima considerazione che mi viene da fare.

La seconda considerazione è che la contrapposizione che si è creata è una contrapposizione che soltanto apparentemente è una disputa tra laici e cattolici, oppure tra credenti e non credenti. Qualcuno ha sottolineato il fatto che tra i firmatari della posizione contraria al suicidio medicalmente assistito ci fosse anche il rabbino capo di Roma nonché vicepresidente del Cnb, Riccardo Di Segni, esponente delle comunità ebraiche italiane. Questo per dire che non era solo una questione relativa al cattolicesimo, ma a una visione della società che sarebbe propria dei credenti, cioè una visione in cui non si assolutizza l'autodeterminazione individuale ma si tengono a mente i vincoli di solidarietà, gli elementi che dovrebbero tenere assieme una comunità e che si concretizzano nella difesa del valore supremo della vita umana. In realtà non è così, nel senso che la disputa non è una disputa tra credenti e non credenti e io penso che non sia nemmeno una disputa tra due “macro-valori”, da un lato l'autonomia individuale e dall'altro la solidarietà sociale o il rispetto per la vita. Nel senso che il problema, dal punto di vista almeno morale, si pone come una questione che attraversa gli schieramenti, una questione che è riassunta nella disputa, che in letteratura è ben conosciuta, tra uccidere e lasciar morire. La legge 219/2017 poneva un limite all'autodeterminazione del paziente

nella richiesta da parte del paziente stesso di essere ucciso o di essere attivamente aiutato a morire. Cioè quello che diceva la legge – che dice la legge – è che il paziente ha il diritto di rifiutare i trattamenti, ha il diritto di richiedere le cure palliative, ha anche il diritto di chiedere la cosiddetta “sedazione palliativa continua profonda”, che non è però una forma di eutanasia o tanto meno di suicidio medicalmente assistito.

Ora il punto fondamentale che a me sembra evidente è che dal punto di vista etico esistono situazioni estreme, come quella per esempio in cui si trovava Fabiano Antoniani. Parliamo di Fabiano Antoniani non solo perché quella situazione è quella che poi ha dato origine al processo, alla ordinanza dalla Consulta e al resto, ma perché è una situazione in un certo qual modo paradigmatica: cioè una situazione in cui un soggetto perfettamente capace di intendere e di volere versa in condizioni in cui è molto difficile ritenere che la sua richiesta di essere aiutato a morire sia una richiesta eticamente illegittima. Quello che voglio dire è che il principio del non uccidere o dell'attivo aiuto al morire è un principio che nella nostra società e nella nostra storia, nella storia dalla filosofia morale, ha conosciuto innumerevoli eccezioni. Penso che le situazioni che spesso ci sono nei nostri ospedali e in generale la tecnica medica crea negli ospedali di tutto il mondo siano delle situazioni in cui quella distinzione non è più eticamente significativa. Cioè credo che in una persona che versa nelle condizioni in cui versava Fabiano Antoniani la scelta tra affidarsi a una sedazione palliativa continua profonda per morire in una settimana senza soffrire – diciamo così – e la scelta di poter accedere ad un programma di suicidio medicalmente assistito sia eticamente indifferente. Quindi in quel caso credo che sia possibile lasciare che quell'individuo scelga il modo di morire che è più conforme alla sua nozione della dignità individuale, della dignità umana, tenendo presente che della nozione di dignità almeno da cinquant'anni a questa parte è parte integrante, viene pensato come parte integrante, anche il diritto all'autodeterminazione. Non è che esista la dignità umana da un lato e l'autodeterminazione individuale dall'altra. Allora però perché noi accettiamo – e io ritengo sia giusto accettare – la richiesta di una persona che è nelle condizioni di essere aiutato a morire? Credo che sia giusto precisamente per ragioni solidaristiche, precisamente perché non esiste un motivo ostativo per dire no a quella richiesta. Da un punto di vista cristiano, come un documento della commissione di cui sono coordinatore, la Commissione di bioetica delle chiese protestanti in Italia, diceva già nel 1988: esistono situazioni estreme in cui questo tipo di richiesta può essere ottemperata. Questa adesione alla richiesta del malato però – e questo è molto importante – non è una decisione che deriva dall'assolutizzazione della sua libertà nei confronti della morte o della sua autodeterminazione. L'autodeterminazione di per sé è essenziale ma è uno degli elementi necessari della scelta. Perché la scelta possa essere condivisa occorrono due aspetti: uno è l'autodeterminazione e quindi la richiesta consapevole e matura; l'altro è una situazione di sofferenza estrema a cui la società non è in grado di rispondere diversamente che non aderendo alla richiesta del malato stesso. Da questo punto di vista mi permetto di concludere con due considerazioni che son già state in parte discusse questa mattina, ma su cui volevo puntualizzare. La prima riguarda le cure palliative: personalmente sono favorevole alla estensione delle cure palliative come diritto fondamentale in materia sanitaria, in maniera quanto più possibile capillare. Credo che per garantire un'effettiva

capacità di autodeterminazione di individui – perché la società deve consentire che qualcuno scelga di voler morire, quando non ci sono degli elementi che la società può annullare nella scelta dell'individuo. Le persone non devono cioè chiedere di morire per delle manchevolezze sociali, devono chiedere di morire perché la loro situazione è oggettivamente irrisolvibile. Allora credo che un elemento fondamentale sia proprio l'ampliamento e la creazione di un sistema di cure palliative su tutto il territorio nazionale che sia uguale in tutti i luoghi e chiaramente funzionante. Perché è solo in questo modo, cioè solo nel momento in cui il malato ha la scelta se affidarsi alla sedazione palliativa continua profonda oppure al suicidio medicalmente assistito, che noi siamo in presenza di una reale libertà di scelta. Altrimenti non è una scelta libera ma è una scelta condizionata, perché chiunque tra soffrire orribilmente e scegliere di suicidarsi sceglierebbe di suicidarsi. Non chiunque, ma insomma diciamo che i martiri statisticamente, per fortuna, sono una percentuale minoritaria nella società, nel mondo.

La seconda questione riguarda i medici. Il presidente degli Ordini dei medici inizialmente ha ricordato che il suicidio medicalmente assistito è contrario alla deontologia medica in qualsiasi sua forma, poi gli ha rielaborato la sua posizione, è venuto meno nella constatazione secondo cui avrebbe dovuto sanzionare qualsiasi medico che si fosse prestato. La realtà è un'altra: credo cioè che la professione medica – in Italia ma anche sicuramente nel mondo – ormai abbia due linee di pensiero. La seconda linea di pensiero, accanto a quella tradizionale che è stata descritta stamattina da Mariella Immacolato, è una tradizione di pensiero che più o meno pensa il suicidio medicalmente assistito e l'eutanasia nei termini in cui il nostro documento del 1988 – dico nostro ma io non l'ho scritto, non ero all'epoca nella Commissione – pensava la questione. Quel documento si conclude con una frase che a me piace particolarmente, dice: «bisogna estendere il concetto di cura fino ad arrivare a pensare che l'aiuto al morire è parte della cura stessa, può essere parte della cura stessa». Quindi quello che voglio dire è: non bisogna pensare che esista un'opposizione della classe medica che è eterna, adamantina. Non è così, non è così nel mondo e non sarà credo così in Italia.

Terza considerazione brevissima: personalmente preferirei una legislazione sull'eutanasia perché da un lato, a mio parere, nella scelta della società di legittimare un certo tipo di pratiche di aiuto al morire occorre un'assunzione di responsabilità che la pratica eutanasi rende evidente. La pratica eutanasi è una pratica in cui chiaramente un terzo si assume l'onere e la responsabilità di aiutare qualcuno a morire. Il suicidio medicalmente assistito a mio parere è una pratica che dal punto di vista filosofico può essere interpretata come simile, ma dal punto di vista giuridico crea meno problemi ed è uno dei motivi per cui credo spesso la si predilige. A mio parere però è una pratica che ha un *vulnus* a cui difficilmente si riesce a porre rimedio, se non attraverso acrobazie giuridiche: cioè il fatto che non tutti i malati in condizioni disperate sono in grado di suicidarsi con l'aiuto di qualcuno. Allora questa mi sembra ancora una pratica in definitiva “micro-discriminatoria”, un po' discriminatoria: dunque sono favorevole, sarei favorevole, a una legalizzazione dell'eutanasia molto di più che a una legalizzazione del suicidio medicalmente assistito.

## Giorgio Trizzino, deputato del Movimento 5 Stelle, dialoga con la giornalista Margherita De Bac

### Il lavoro in Commissione parlamentare sul fine vita

*De Bac*

Il riassunto delle precedenti puntate è che voi avete provato a rispondere all'invito della Corte costituzionale e a partorire una legge, una disciplina, una normativa sull'articolo 580 del Codice penale, sul suicidio assistito, sulla distinzione tra le varie sfumature del reato. Ci avete provato, tante audizioni approfondite e diversificate: però tutto questo lavoro non è arrivato alla fine. Un po' perché era un argomento volutamente rimandato, un po' perché non c'era più possibilità di mandarlo avanti perché c'è stata la crisi di governo. Allora, ricostruiamo: che cosa avevate fatto fino ad allora? Quale è stato il punto d'arrivo di tutto questo processo avviato?

*Trizzino*

Bene, allora intanto a me fa molto piacere ritrovarmi con Margherita De Bac dopo tanti anni. Io ricordo in questo momento che ti consegnai un riconoscimento proprio nell'ambito delle attività connesse, collegate, alle cure palliative. Mi ritrovo oggi qui con voi ad affrontare anche il tema delle cure palliative, cosa in fondo c'entra la palliazione in un argomento così complesso.

Voglio però anche non sottrarmi alla domanda di Margherita De Bac, perché i mesi trascorsi sono stati mesi inaspettatamente complessi. Noi immaginavamo, sapevamo, eravamo consapevoli che il percorso che ci separava da una possibile legge che ponesse mano all'articolo 580 del Codice penale sarebbe stata lastricata di difficoltà e complessità, che si sono palesate punto dopo punto. Ve ne dico soltanto una: la Commissione di cui faccio parte – insieme a Doriana Sarli – nell'impostare i lavori ha avuto la sorpresa – gradita o sgradita – di trovarsi quasi 120 richieste di audizioni, richieste proprio dai componenti della Commissione. Questo ci ha fatto capire immediatamente che il cammino era complicato. Non avremmo trovato facilità nell'arrivare comunque ad una sintesi, e così è stato. In definitiva, per iniziare voglio ricordare sempre quello che Norberto Bobbio diceva in un momento della sua vita: «i nostri diritti non sono altro che i doveri degli altri nei nostri confronti». In questi giorni però ho cercato di ribaltare questa frase, cioè ho cercato di leggerla alla rovescia. L'ho ripresa riflettendo sul fatto che i diritti degli altri in realtà non sono altro che i nostri doveri nei loro confronti. Me la sono sentita in questi giorni quasi *urlare* questa questa frase, da quando ho visto proprio quello che è accaduto in Commissione. Un fallimento, in definitiva, un fallimento – dobbiamo dirlo con molta franchezza – seguito a uno sforzo che è stato non indifferente. Sono stati diversi mesi di lavoro, di ascolto, di approfondimento, di spiegazioni all'interno di una Commissione che non aveva e continua a non avere le competenze per affrontare un tema così complicato, così difficile. Pensate che all'inizio dei nostri lavori i componenti della Commissione non riuscivano a differenziare i termini, tra “eutanasia” e “suicidio assistito”. Abbiamo dovuto spiegarlo nel dettaglio,

abbiamo trovato difficoltà, abbiamo tentato di proporre un glossario con tutti i termini dell'area, della materia, che è stato però quasi un po' sdegnosamente rifiutato e neanche è stato accettato, appunto. Eravamo però partiti con delle intenzioni molto buone, molto positive; quella principale era proprio dare voce a tutti: tutti quelli che potevano esprimersi in questo discorso, quelli che potevano portare la loro conoscenza, la loro competenza. Lo abbiamo fatto, veramente, con grande fatica e con grande attenzione: però tutte queste voci ascoltate alla fine non hanno fatto altro che esaurirsi in un nulla di fatto. Direi con sconsolante consapevolezza che al di là delle voci, delle competenze, delle opinioni, rimane sempre una convinzione del politico che va oltre, che risponde ad altri requisiti, che sono l'opportunità (se non opportunismo); volontà che vengono dettate da altri e non dalla propria coscienza, dalla propria morale; indicazioni precise a cui debbono attenersi, a cui debbono fornire risposta. Vedete, questo mal si concilia con la morale, con l'etica con cui bisognerebbe assumere decisioni e orientamenti privi di qualsiasi altra connotazione e vincolo, ma che purtroppo proprio nell'ambito della politica è molto difficile riuscire a ottenere. Il dato di fatto è – cara Margherita – che ci troviamo a pochi giorni dalla scadenza che ci ha indicato la Corte costituzionale e nonostante ci siano state numerose proposte legislative, tra cui quella del Movimento 5 Stelle che definiva con estrema esattezza i termini anche delle questioni. Quindi noi abbiamo presentato con Dorian Sarli, la prima firmataria del provvedimento, un disegno di legge articolato che prevede sia, ovviamente, l'intervento eutanasi sia quello del suicidio assistito.

Voglio però riprendere le ultime parole a proposito dell'invito che ci veniva fatto sulla scelta, sulla possibilità che proprio l'eutanasi possa essere più appropriata, più logica da un punto di vista anche razionale. Voglio dire: sono anche palliativista. Infatti un po' mi tremano le gambe davanti a Patrizia Borsellino, che conosco da tanti anni, a Maurizio Mori, che sono dei conoscitori profondi di questi argomenti. Ma io sono stato invece accanto a questi malati, io sono stato accanto a migliaia di persone che sono morte: li ho accompagnati stando accanto, stando dietro il loro letto e ho visto tutte le evoluzioni di quello che significa morire. Mi sono chiesto in questi giorni: ma che senso può avere per un uomo l'ultimo suo atto? Obbligarlo a spingere quel bottone per suicidarsi che senso può avere? È giusto? È corretto, è umano, è etico che l'ultimo atto di una persona debba essere quello di spingere il bottone? Ma cosa c'è di diverso rispetto a consentirla ad un'altra persona questa cosa qui, ma cosa cambia? Penso: proprio nulla. Ma non è l'ultima cosa che fa quella persona allo stremo delle proprie forze, senza più energia, senza quasi più volontà. Fargli fare questo ultimo atto io credo che sia crudeltà. Allora da palliativista voglio dirvi un po' come la penso, quello che ho visto. Noi abbiamo ascoltato esortazioni numerosissime in questi giorni, in questi mesi, a modificare e intensificare le cure palliative: però vi debbo dire che per me questa è stata un'offesa sull'offesa. Perché le cure palliative hanno una legge, lo sappiamo, forse la migliore che esiste al mondo probabilmente – no, al mondo no, perché quelle canadese e australiana sono veramente eccellenti. Ma noi abbiamo una legge che è, direi, completa da un punto di vista di gestione, di organizzazione, di pensiero delle cure palliative. Individua con esattezza i limiti, gli interventi, le prerogative che hanno i medici, i malati: direi che è molto, molto buona. Quindi sentirci continuamente stimolati sul fatto che bisogna aumentare, incrementare le cure palliative ecco per me questo è inaccettabile, perché noi lo abbiamo

fatto in tutti i modi, abbiamo tentato con quel poco che avevamo a disposizione. Beh, Margherita tu ricorderai che venti anni fa, trent'anni fa, parlare di cure palliative era quasi un oltraggio al pubblico sentire dei medici, non non era facile argomentare. Noi siamo riusciti a fare quello che l'oncologia, tantissimo tempo prima, è riuscita a fare, imporre: voi che ricordate gli oncologi non esistevano sulla scena, non c'era la specialità di Oncologia negli anni cinquanta. Le cure palliative sono riuscite a fare quello che l'oncologia ha fatto tanto tempo fa: a imporre addirittura una disciplina, un modello assistenziale. Noi siamo stati bravi – ogni tanto bisogna dirselo – siamo stati bravi, perseveranti, abbiamo infranto tanti tabù e lo abbiamo fatto con una multidisciplinarietà incredibile. Non soltanto i medici, gli infermieri, ma abbiamo avuto i bioeticisti, professori universitari che sono stati con noi, che hanno scommesso; i costituzionalisti, chi si occupava di diritto. Hanno scommesso, hanno creduto in questo diritto inalienabile che è quello di essere accompagnati fino alla fine. Le cure palliative altro non sono che accompagnamento: sì, tutti parlano sempre di *pallium* (tutte queste solite storie del mantello), ma il vero paradigma è quello dell'accompagnamento, dello stare accanto al malato fino alla fine. Stargli accanto con la competenza e con la libertà che ci è consentita.

*De Bac*

Tu pensi che il cambiamento dell'assetto politico possa cambiare la situazione? Tu hai parlato di "fallimento". Riprovandoci ancora si arriverebbe a un fallimento o potrebbe cambiare qualcosa?

*Trizzino*

Io non vorrei, Margherita, anticipare quello che anche i miei colleghi avranno da dire. Ma personalmente ritengo che – e ne abbiamo anche discusso all'interno del nostro gruppo – non ci siano più le condizioni perché questo percorso prosegua. Abbiamo tentato: ecco, almeno da parte nostra c'è la consapevolezza e la tranquillità di dire che abbiamo tentato tutto quello che si poteva fare per convincere anche i più ostili, i più "agnostici", a convergere sul nostro progetto che in definitiva, in modo molto scarno, è quello di depenalizzare l'aiuto al suicidio. Abbiamo trattato fino alla fine con persone abbastanza incompetenti anche, purtroppo, che hanno tentato di "patteggiare" questa depenalizzazione, proponendoci una riduzione della pena soltanto per il familiare, ma a determinate condizioni, e mai per il personale sanitario, perché il personale sanitario di concetto è ritenuto – se lo fa – un assassino.

*De Bac*

Ma le condizioni non ci sono più da prima del 24 settembre o non ci saranno neanche dopo?

*Trizzino*

Noi saremmo più d'accordo sul dopo perché, avendo esaurito la certezza che all'interno dell'arco parlamentare non esiste una convergenza sulla depenalizzazione assoluta del suicidio assistito, riteniamo che a questo punto l'unica cosa logica da fare – onesta e corretta – sia quella di lasciar procedere la Corte con una propria decisione, il 24 settembre. Sappiamo che questo è anche foriero

di possibili rischi perché nulla è ovviamente scontato, perché non si può sapere a prescindere cosa la Corte potrà decidere. Ma i presupposti ci fanno ben sperare, perché la sentenza era impostata in modo abbastanza chiaro, ci orientava anche in alcune linee. Quindi io ritengo che l'unica cosa da fare sia questa: perché? Perché qualsiasi possa essere la proposta che viene dalle altre forze politiche non sarà mai convergente con le nostre relativamente, appunto, alla depenalizzazione assoluta dell'aiuto al suicidio. Perciò con questa consapevolezza riteniamo che l'unica strada sia proprio quella di far continuare la Corte. Successivamente – nel caso la Corte volesse, ma dopo che ha già sanato questo *vulnus* comunque – riproporre al Parlamento una modifica strutturale di una cornice normativa che accompagna questa sua decisione. Beh, allora sì che si può riaprire veramente una grande fase di confronto.

*De Bac*

Cioè sulla base della sentenza?

*Trizzino*

Sulla base della sentenza che accompagna la depenalizzazione del reato.

*De Bac*

Quindi ci sono in presenza di una sentenza i presupposti per ritentare?

*Trizzino*

In base alla sentenza sì, però la sentenza già dovrebbe essere decisiva, è ovvio. Quindi immagino – perché naturalmente nessuno può saperlo in atto – cosa potrebbe chiedere la Corte: potrebbe chiedere un supporto a definire le modalità, l'organizzazione dell'atto suicidario. Quindi con un intervento normativo complesso che noi, peraltro, avremmo già previsto nel nostro disegno di legge. Perché per noi era completo, prevedeva anche questi aspetti. Quindi noi saremmo già quasi pronti con la nostra proposta di legge, l'abbiamo definita.

## **Doriana Sarli**

Deputato del Movimento 5 Stelle

### **Per una nuova legge sul fine vita**

Vi ringrazio per avermi dato l'opportunità di poter parlare del tema oggetto di questo evento, tema al quale ho dedicato insieme ai colleghi, molte energie in questo primo anno di legislatura.

Da molto tempo la richiesta di riconoscere il suicidio medicalmente assistito è al centro del dibattito nel nostro paese e non può essere più ignorata, ma purtroppo, a mio avviso, alla luce dei risultati ottenuti, il Parlamento, nonostante le tante audizioni fatte e il lavoro svolto alla Camera, non è stato in grado di affrontare con maturità un tema così divisivo quanto delicato.

È un dibattito controverso, che tocca corde profonde della sensibilità di ognuno di noi, talvolta offuscato da pregiudizi o da paure. Un tema basato su due principi apparentemente contrapposti, entrambi costituzionalmente rilevanti: la salvaguardia della vita da una parte e il diritto all'autodeterminazione e il concetto di dignità della persona dall'altra.

Attualmente in Italia il suicidio assistito è un reato sanzionato dall'articolo 580 del Codice penale che prevede fino a 12 anni di carcere senza fare alcuna distinzione tra chi assiste e aiuta e chi invece istiga al suicidio, con un impianto normativo del 1930 che rischia di lasciare senza tutela situazioni meritevoli di rispetto.

La Corte costituzionale con l'ordinanza 207 del 2018 ha chiesto al Parlamento di affrontare questa problematica e di considerare non solo la decisione del paziente di porre fine alla propria vita con l'interruzione dei trattamenti sanitari, il distacco da una macchina, l'accompagnamento con una sedazione profonda – alla quale ha dato risposta la legge 219 – ma anche l'accoglimento della richiesta di un paziente, che vuole sottrarsi al decorso più lento che vede lesivo del suo concetto di dignità della persona.

Questo è lo spirito con cui è nata la nostra proposta di legge che all'articolo 3 definisce i requisiti che possano giustificare la richiesta di suicidio medicalmente assistito o eutanasia. Il «soggetto maggiore di età» – in grado di intendere e di volere – affetto da una condizione clinica irreversibile, ovvero da una patologia a prognosi infausta che non sia di natura psichiatrica o psicologica, tali da procurargli sofferenze evidenti, insostenibili e irreversibili, può chiedere, in modo inequivocabile e come espressione piena della propria libertà di autodeterminazione, di sottoporsi al suicidio medicalmente assistito o al trattamento eutanasi.

Eravamo pronti ad affrontare un dibattito nel merito delle condizioni cliniche, creando magari altre eventuali restrizioni, o a parlare per ora solo di suicidio medicalmente assistito per non affrontare subito anche il tema della eutanasia, ma questo dibattito nel merito non c'è stato.

Le visioni tra i gruppi parlamentari si sono presentate molto distanti, e non per un problema solo interno all'allora maggioranza, perché essendo un tema etico e al di fuori del contratto di governo ci avrebbe permesso di cercare anche altre maggioranze per avviare un percorso condiviso e lavorare su un testo base che, pur tenendo conto delle diverse sensibilità, andasse almeno nella stessa direzione.

Ma le altre forze politiche con le quali si sarebbe potuta costruire questa maggioranza, partivano dal presupposto che l'aiuto al suicidio restasse comunque un *reato*, con una possibile riduzione della pena per familiare o convivente che, a causa del turbamento determinato dalla sofferenza altrui, avesse compiuto tale reato. Alla fine si è ipotizzato di includere anche i medici, ma sempre con pene inferiori e mai con la depenalizzazione.

Questa contrapposizione non ha consentito la nascita di un progetto di legge parlamentare perché non norma nulla. Non si parla di Sistema sanitario nazionale, ossia di medici che possano garantire una morte indolore, che solo un atto medico può consentire. Non a caso la Consulta parla di suicidio medicalmente assistito.

Il legislatore deve avere il coraggio di creare una cornice normativa di tutela per il medico, ma soprattutto per il paziente. Ogni passaggio deve essere attento e scrupoloso: le condizioni del paziente, la verifica della certezza della sua volontà e persistenza della stessa, un ambito sanitario pubblico che gli garantisca la certezza delle procedure, l'assistenza psicologica per il paziente e per i suoi familiari e tanto altro.

In Parlamento attualmente non ci sono ancora le condizioni e quindi è a mio avviso un'ipocrisia chiedere alla Corte un rinvio come se fossimo a un passo dall'iniziare un percorso su un testo base che non esiste e che al momento è anche difficile immaginare.

È quindi forse auspicabile che sull'articolo 580 del Codice penale intervenga prima la Corte nella speranza che questo apra realmente in ambito parlamentare la necessità e la volontà di una norma che dia risposta a una tematica sulla quale il dibattito nel paese è aperto da tempo e non credo si possa più attendere.

Grazie

## Alessandra Pisu

Presidente dell'Associazione Walter Piludu, docente di Diritto privato all'Università di Cagliari

### Suicidio medicalmente assistito e diritti fondamentali della persona

Mi inserisco subito in questo dibattito, anche col vantaggio delle numerose sollecitazioni che ho avuto da questa giornata di lavori, per cercare di proporvi qualche considerazione sulle questioni giuridiche che appunto nella mia prospettiva rappresentano i nodi cruciali del discorso sul rapporto tra suicidio medicalmente assistito e diritti fondamentali della persona ai quali si fa riferimento nel titolo del mio intervento. Perché appunto siamo partiti con un appello volto a ottenere il riconoscimento del diritto al suicidio medicalmente assistito: un diritto che sappiamo non esistere ancora come tale nell'ordinamento, che trova un ostacolo normativo nell'esistenza di una serie di discipline che proteggono un diritto altrettanto fondamentale, che è il diritto alla vita.

Tra queste norme, ci siamo concentrati sulle norme dell'articolo 580 del Codice penale, che allo stato attuale è oggetto di questa decisione della Corte costituzionale. Ebbene, quando si ragiona sulla possibilità di configurare un nuovo diritto – mi riferisco quindi adesso al diritto a ottenere l'assistenza medica alla morte, che sacrifica appunto il diritto alla vita – secondo me bisogna ragionare su due piani, che poi sono gli stessi sui quali bisognerebbe muoversi qualora si volesse estendere, come io credo si debba fare, il ragionamento ai trattamenti eutanasiaci in senso ampio.

Un primo discorso è quello che attiene alla verifica del rapporto che può sussistere tra i valori, che stanno alla base dei diritti fondamentali della persona, e questa richiesta di assistenza medica alla morte.

Tra questi valori – sono stati tutti ampiamente richiamati quest'oggi – naturalmente c'è prima tra tutti la dignità dell'uomo che, si è detto, è un valore al quale forse non è opportuno richiamarsi perché è un concetto sfuggente, inafferrabile. Devo però dire che giuridicamente è importante invece secondo me il richiamo alla dignità, perché sta alla base di tutti i diritti della persona e soprattutto perché consente un ampliamento della categoria dei diritti della persona. Quindi il riferimento alla dignità, insieme agli altri valori che stanno alla base dei diritti fondamentali della persona che sono chiamati appunto dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (quindi i valori di libertà, uguaglianza, solidarietà, sui quali si è molto insistito oggi), è importante perché sono tali valori che consentono di giustificare giuridicamente, di dare un fondamento, alla richiesta di assistenza alla morte da parte di terzi.

Una volta che si riesce, argomentando su questo piano, a concludere che non c'è un'incompatibilità tra questi valori e la richiesta di aiuto alla morte – anzi che questi valori possono contribuire a fondare tale richiesta – si pone l'altro problema. Ossia come si arriva al risultato che noi oggi auspichiamo? Qual è l'iter che ci aspetta affinché l'assistenza medica alla morte possa diventare oggetto di un vero e proprio diritto della persona?

Ora io naturalmente adesso tralascio tutto l'approfondimento che bisognerebbe fare sui valori che ho richiamato, però sottolineo che la stessa Corte costituzionale nell'ordinanza 207 si è a lungo soffermata sulla libertà di autodeterminazione, sulla dignità, stabilendo un punto dal quale non

si tornerà indietro, io credo. Perché anche la Corte dovrà mantenere la sua credibilità senza – come è stato detto stamattina – arretrare rispetto a quanto già affermato, quindi questi valori ci consentono di dire che il diritto fondamentale alla vita, che naturalmente va protetto, non è d'ostacolo all'accoglimento di una richiesta del malato, che appunto in particolari situazioni chiede di essere aiutato a morire.

Tutto questo oltretutto, al di là di quello che si può ricavare dall'ordinanza della Corte, ci è stato insegnato da tutta la giurisprudenza precedente, a partire appunto dai casi di Eluana Englaro, Welby, anche leggendo – è evidente – il provvedimento che il tribunale di Cagliari ha adottato su richiesta di Walter Piludu. Perché in tutta questa giurisprudenza l'argomentare sulla dignità è cruciale? In quanto la dignità è un valore sì vago e inafferrabile ma ha il pregio di imporre all'interprete una speciale attenzione alla realtà dell'essere umano, delle sue condizioni materiali e spirituali, i suoi bisogni e interessi e quindi consente di arrivare a quella concretezza della persona, alla sua esistenza empirica, a quello che sta vivendo, che è un passaggio fondamentale come anche da questo punto di vista si è detto stamattina. Tutti questi valori, l'ha sottolineato prima la professoressa Borsellino, sono anche la cornice costituzionale nella quale si sta muovendo la Corte, che sta facendo appunto un delicatissimo – ha iniziato e secondo me concluderà adesso a fine mese – lavoro di bilanciamento tra diritti, che diventa sempre più complesso e più complicato. Credo che da quanto già si evince dall'attività interpretativa della Corte costituzionale si può senz'altro partire dal presupposto che il suicidio medicalmente assistito – perlomeno nelle particolari situazioni nelle quali si trovava Dj Fabo, per intenderci, e che quindi hanno costituito il riferimento dell'ordinanza della Corte – è sicuramente un'opzione compatibile con la Costituzione e con tutti i valori richiamati.

Devo però dire anche che la Corte giustamente è stata molto attenta nel circoscrivere i limiti e gli spazi entro i quali, attraverso questi valori, si può demolire – per così dire – in parte la norma che oggi punisce l'aiuto al suicidio. Ma resta ferma l'esigenza, anche questa già emersa, di una più generale riflessione sui presupposti per ammettere i trattamenti eutanasi in senso lato, perché ci sono dei bisogni meritevoli di tutela anche di persone che vivono senza trattamenti di sostegno vitale, a differenza appunto di quanto avveniva nel caso di Fabiano Antoniani.

Quindi la Corte sta facendo e farà secondo me una prima opera di bilanciamento, però poi in concreto per l'attuazione di questo diritto sono necessari – anche questo è messo bene poco fa – regole più precise e più specifiche. Quindi il problema è che queste regole più specifiche non possono che provenire dal legislatore. Cioè, la Corte deve stare dentro quelli che sono i parametri, i confini del giudizio incidentale, deve rispettare tutta una serie di principi tali per cui io mi aspetto una decisione che inciderà esclusivamente sul piano della liceità o illiceità di certe forme di aiuto al suicidio. Questo significa che cosa? Che è venuta meno – come io credo avverrà – la responsabilità penale per certe forme di aiuto al suicidio: si raggiungerà sicuramente un importante risultato perché ci sarà un via libera. Ma un via libera a cosa? Ad aiuti che vengono spontaneamente prestati dai medici che dovessero essere disponibili. Come però ha detto Mario Riccio stamattina, l'atteggiamento dei medici è abbastanza arroccato su vecchie posizioni. Per cui non basta eliminare la responsabilità penale e depenalizzare com'è stato detto: bisogna andare oltre per far diventare questo un diritto al

quale corrispondano precisi obblighi. Soprattutto se – e mi avvio davvero a chiudere – vogliamo, come abbiamo chiesto, che questo tipo di assistenza venga prestata nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Ci vuole il riconoscimento di una pretesa che abbia come contraltare un obbligo delle strutture sanitarie e questo non è secondo me realizzabile con la decisione della Corte costituzionale, ma richiede necessariamente un intervento del legislatore. Per cui io credo che questo sarà un primo passaggio importante ma poi bisognerà senz'altro continuare un percorso, che probabilmente sarà molto lungo e faticoso soprattutto per le persone che lo dovranno affrontare. Perché il passaggio successivo dell'attuazione di un diritto di cui la Corte può riconoscere astrattamente la meritevolezza sarà un passaggio che avverrà necessariamente o per via giudiziale o solo grazie all'intervento del legislatore. Quindi è per questo molto importante che il lavoro avviato nelle Commissioni Giustizia e Affari sociali prosegua, anche alla luce di quegli ulteriori stimoli e indicazioni che la Corte potrà dare adesso, a fine settembre.

## Johannes Agterberg

Componente della direzione dell'Associazione Luca Coscioni, autore di *Libertà di decidere. Fine-vita volontario in Olanda* (2017)

### **Il fine vita volontario in Italia visto da un olandese attento alle questioni bioetiche**

Vorrei iniziare con una lezione molto breve di lingua olandese. La traduzione della parola “laico” è *leek*, che significa anche “profano”, cioè una persona incompetente. Così mi considero, almeno in quest’ambiente di studiosi ed esperti di etica. Quindi non aspettatevi da me una relazione tecnica. Per me la parola “etica” è sinonimo di deontologia professionale, cioè l’insieme di norme etico-sociali che disciplinano l’esercizio di una professione. Nella mia vita professionale come revisore contabile, l’etica professionale è stata uno dei principi fondamentali alla base del mio lavoro. Aggiungo che la mia prima esperienza lavorativa è stata nell’ufficio appalti del reparto Segnaletica delle ferrovie olandesi, dove il responsabile non ha mai accettato un solo regalo da un fornitore, Diceva: «si comincia con un caffè e non si sa mai dove si finisce». Un’ottima scuola.

Per quanto riguarda il tema fine vita, la discussione in Olanda è ripartita alla fine degli anni sessanta, cioè cinquanta anni fa, dopo la pubblicazione di un libro dello psichiatra Jan Hendrik van den Berg dal titolo *Medische macht en medische ethiek (Potere medico ed etica medica)*, in cui difendeva l’intervento passivo e attivo per porre fine alla vita. Secondo l’autore il nuovo potere del medico, grazie alle tecniche chirurgiche, ai trapianti di organi, alla neurochirurgia e alla rianimazione, rende inevitabile una nuova etica. Un’etica dove il medico non deve più tenere in vita un paziente quando “è possibile”, ma quando “ha senso”.

Van den Berg si rende conto che l’eutanasia attiva sembra una crudeltà, una cosa sconveniente, ma è convinto che la vera crudeltà sia tenere in vita persone gravemente ammalate senza prospettive di guarigione, sofferenti da molto tempo.

Secondo la sua opinione il paziente ha il diritto di conoscere la propria condizione di salute e il medico ha il dovere di informarlo. Il medico deve agire per il paziente e per nessun altro.

Il libro è considerato un atto coraggioso, anche se non tutti condividono la posizione dell’autore riguardo all’eutanasia, da lui definita come un fine vita “stoico”.

Nello stesso periodo il teologo cattolico Paul Sporken, nel suo libro *Voorlopige diagnose (Diagnosi provvisorie)*, conclude che una condanna etica categorica dell’eutanasia, valevole in tutte le circostanze, è insostenibile. Aggiunge: «Attenzione: il contegno interiore del rispetto per la vita e l’aiuto alla conservazione della vita non tollerano compromessi. Ma qui si tratta di rendere concreto il dovere di aiutare a morire, servendo il paziente specifico nella sua particolare situazione e nel modo più opportuno».

Sporken indica due restrizioni. L’eutanasia sistematica per malati incurabili, malati di mente oppure persone che sono un peso per la società è eticamente e assolutamente inaccettabile; lo stesso vale per l’eutanasia attiva senza il consenso del paziente.

Successivamente le discussioni si sviluppano nell'ambito medico sul senso del trattamento, considerando anche i progressi tecnologici e nel campo farmaceutico.

Comincia a prevalere la tesi che un trattamento ha senso fino a quando ha senso per il paziente e per il suo contesto ambientale. Man mano è accettato il coinvolgimento del paziente nelle decisioni che lo riguardano, anche se il ruolo del medico rimane di tipo paternalistico.

Non vorrei entrare nei dettagli per quanto riguarda le discussioni successive che ormai hanno coinvolto tutta la società civile. Ma si nota che sempre di più, seppur lentamente, l'eutanasia è accettata nei casi di sofferenze insopportabili e senza prospettive anche da parte di protestanti e cattolici. I sondaggi di allora indicano che oltre 60% è a favore della sua legislazione, percentuale in continua crescita. Contemporaneamente si viene a creare una giurisprudenza che stabilisce i criteri che il medico deve seguire per evitare di essere perseguito in caso di applicazione dell'eutanasia e del suicidio assistito. Di fatto dal 1989 in Olanda l'eutanasia è legalizzata.

Dopo alcuni blandi tentativi negli anni ottanta, finalmente all'inizio degli anni novanta la politica si inserisce seriamente nella discussione. Stabilisce che non sono le ideologie e le religioni a orientare legge ma la persona che soffre in modo insopportabile e senza prospettive di guarigione. Tramite il lavoro di commissioni incaricate si prende atto della situazione reale e una prima proposta di legge, che tiene conto delle raccomandazioni di queste commissioni, viene presentata. Tale iniziativa porta poi all'approvazione della legge sull'interruzione della vita su richiesta e sul suicidio assistito, in vigore dal primo gennaio 2002. Con il progredire delle conoscenze sulla sofferenza del malato, le discussioni si sono protratte fino a oggi su questioni come le malattie psichiatriche, la demenza, la vita compiuta, cioè la sofferenza esistenziale.

Finisco questa lunga introduzione con la conclusione che per valutare la situazione olandese è necessario conoscere la società, con le sue regole e tradizioni etiche e morali. In assenza di questa conoscenza sovente le valutazioni e le affermazioni da parte di non olandesi sono errate.

Vorrei spiegarmi meglio con alcuni esempi che a mio avviso sono anche una risposta alle critiche degli oppositori alla legislazione del fine vita volontario in Italia.

Sul caso di Noa Pothoven non ripeto le tante inesattezze scritte. La verità è che Noa era una ragazza che aveva la maturità, indipendentemente della sua età (17 anni), di decidere per se stessa e nonostante le cure di medici e l'affetto dei genitori ha voluto porre fine alla sua vita. Lei ha rifiutato altre cure dicendo "quando basta, basta". L'equipe dei medici, convinta di questo suo desiderio e vista l'impossibilità di farle cambiare idea, non ha fatto altro che accompagnarla alla morte in modo che soffrisse il meno possibile. Sui giornali olandesi non sono apparsi articoli perché il codice deontologico dei giornalisti vieta di divulgare notizie sui suicidi.

Non sarebbe accettabile che il presidente di un organo professionale affermasse che le linee guida per i professionisti appartenenti a detto organismo sono al di sopra di qualsiasi legge. Ci sarebbe una rivolta e più di una denuncia.

In una società aperta, dove parlare del fine vita non è più un tabù, continuano le discussioni sulla natura della sofferenza non solo causata da una malattia somatica o psichica ma anche da un senso d'inutilità o solitudine, cioè la vita biografica terminata che causa una sofferenza esistenziale. È

eticamente accettabile che si critichi una tale società?

Sovente si parla del pendio scivoloso, confondendolo con il progresso nel campo medico per quanto riguarda la conoscenza del fenomeno “soffrire”. Detta conoscenza ha permesso l’ampliamento dell’applicazione dell’eutanasia, purché con la dovuta cautela, anche per malati psichici o non terminali come quelli affetti da disturbi multipli, tipici dell’anzianità, che pure possono causare sofferenze insopportabili e senza prospettive.

Lo stesso vale per l’aspetto economico, diretto e indiretto, che non è mai alla base della decisione per accogliere una richiesta di fine vita volontario. È vero però che il fine vita volontario avrà un beneficio economico per la società perché diminuiscono i costi delle cure sanitarie.

Le cure palliative e quelle terminali non sono un sostituto per il fine vita volontario, Nonostante l’alto livello delle cure e una copertura territoriale totale, come in Belgio e Olanda, rimangono i casi in cui non hanno effetto, oppure in cui il paziente le rifiuta, come lo dimostrano i dati. Indubbiamente le buone cure palliative, anche prima che il paziente entri nella fase terminale della sua vita, possono diminuire le richieste di fine vita volontario.

Grazie alla possibilità del fine vita volontario su richiesta diminuiscono i casi traumatici di suicidio e la ricerca affannosa di un medicinale letale. La pratica ha mostrato che il paziente, sapendo che c’è una via di uscita alle sue sofferenze, si sente più sereno e talvolta ritira la richiesta di fine vita volontario.

Una legislazione sull’eutanasia o sul suicidio assistito mette fine alla pratica dell’abusivismo forzato e del rischio di condanna dei medici che lo praticano.

È necessario un maggiore rispetto per le opinioni altrui. Per esempio l’opinione della Chiesa cattolica non deve essere promossa come la *sola* opinione che dovrebbe valere per tutti.

In base alla mia esperienza e la conoscenza della realtà italiana e internazionale, vorrei proporre alcuni suggerimenti.

È auspicabile l’istituzione di una commissione d’inchiesta che studi in profondità la situazione italiana per quanto riguarda il fine vita, prendendo come esempio le ricerche effettuate in altri paesi come l’Olanda, il Belgio e il Canada prima di legalizzare il fine vita volontario. Sarebbe opportuno coinvolgere rappresentanti di associazioni, esponenti del mondo politico e responsabili di istituzioni di controllo sulla corretta applicazione della legge in altri paesi per uno scambio reciproco di esperienze. La commissione dovrebbe anche esprimersi su temi che potrebbero presentarsi in futuro, come la vita compiuta, malati non terminali e minori.

Occorre aggiornare le proposte di legge, che giacciono in Parlamento, in base ai risultati della suddetta indagine. Cito per esempio il controllo della corretta applicazione della legge.

In seguito all’approvazione di una legge che legalizzi il suicidio assistito serve una campagna di sensibilizzazione per fare conoscere ai cittadini gli aspetti pratici.

Concludo osservando che chi sarà coinvolto nella stesura della proposta di legge dovrebbe riflettere sulla realtà olandese. L’80% dei decessi in seguito a eutanasia e suicidio assistito avviene a casa del paziente, mentre il 90% preferisce l’eutanasia. In Belgio il quadro non è significativamente diverso.

Grazie per la vostra attenzione.

## Adele Orioli

Responsabile iniziative legali dell'Uaar

### **Diritti alla sbarra: evoluzione giurisprudenziale nella tutela dei diritti umani**

Buongiorno e grazie mille. Ho preso molti appunti sperando sia di riuscire a collegarmi agli imprescindibili interventi di questa mattina sia di non sovrappormi o di anticipare quelli che seguiranno dopo di me. Questa è una vicenda quanto mai paradigmatica quando si viene a parlare dell'evoluzione nella tutela giurisprudenziale dei diritti umani. A dir la verità, il titolo che mi sono data da sola all'intervento è già "sbagliato", nel senso che si può parlare di tutela giurisprudenziale dei diritti umani quando il diritto umano in questione è già riconosciuto. Sappiamo che i diritti umani ci appartengono a prescindere da un riconoscimento, quindi a prescindere dal fatto che ci vengano "concessi". Pur tuttavia è vero che per avere una tutela in sede giurisprudenziale quanto meno si parte dal fatto che questo diritto è già riconosciuto e ampiamente incardinato nell'ordinamento. Orbene, noi invece abbiamo una situazione paradossale quando ci troviamo a parlare di tutela giurisprudenziale dei diritti umani, quando a volte il diritto non è nemmeno enucleato. Come vedremo dopo, questa vicenda dimostra in maniera esemplare, oserei dire sintomatica, il vuoto di norme del quale si parlava stamattina; oppure ci si ritrova nella situazione per la quale alla sbarra finiscono invece leggi liberticide. Una su tutte, la legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita, che al filo della sbarra appunto è passata trenta volte, tra tribunali ordinari, tribunali amministrativi, Corte costituzionale e Corte europea dei diritti umani. Legge quindi giudizialmente smantellata pezzo per pezzo, proprio perché dei diritti umani faceva nella sostanza una strage.

Perché a mio parere è particolarmente significativa questa ordinanza (e la prossima futura decisione) della Corte costituzionale? Se dovessi personalmente scommettere sull'esito credo che la Corte si troverà nell'obbligo di dover dichiarare quell'incostituzionalità che fino ad ora in ordinanza ha solo sottolineato. Si è parlato a tal proposito di ordinanza a incostituzionalità differita, si è parlato di incostituzionalità sottolineata ed evidenziata ma non dichiarata ufficialmente. Credo che la Corte si ritroverà nell'impossibilità di decidere un ulteriore rinvio sostanzialmente per due motivi. Uno strettamente procedurale: non è un caso se la Corte con l'ordinanza ha rinviato la discussione in pubblica udienza di undici mesi. Questo significa semplicemente che vuole mantenere la stessa composizione del collegio. Cioè i tre giudici che hanno emesso l'ordinanza saranno gli stessi che si troveranno in udienza pubblica il 24 settembre prossimo. Sarebbe bastato un rinvio di dodici mesi e un giorno per cambiare tutti i componenti della Corte. Questo fa supporre che siano gli stessi giudici che hanno emesso questa ordinanza a voler nuovamente interessarsi della questione, o avrebbero allegramente lasciato la patata bollente, lavandosene pilatescamente le mani al successivo collegio. Il secondo motivo, a livello di battuta ma fino a un certo punto: io mi fido molto delle fonti confindustriali. Nella fattispecie «Il Sole 24 Ore» è convinto che questa (di incostituzionalità almeno parziale) sarà la decisione della Corte e devo dire che di solito ha un buon grado di attendibilità. Il punto però secondo me non è tanto cosa deciderà o meno la Consulta, quindi se ci lascerà con

questo vuoto legislativo che ha già la stessa Corte preannunciato e che sarà da colmare in fretta o meno. Anzi, questa ordinanza mai quanto altre evidenzia il penoso vuoto normativo, l'assenza drammatica del legislatore che impone scelte anche un po' per così dire azzardate alla stessa Corte costituzionale. Sappiamo benissimo che l'invenzione di questa ordinanza a decisione rimandata non si era mai vista e ha creato non pochi scompigli tra i costituzionalisti, così come sappiamo che altrettanto scompiglio ha creato solo il fatto di poter parlar così apertamente di una dialettica franca con il legislatore che però non ha recepito in alcun modo questo messaggio. Ma a dir la verità, la Corte si spinge anche oltre rispetto a quella che dovrebbe essere una efficacia creativa che già di per sé non dovrebbe avere: perché nell'ordinanza, addirittura, la Corte non fa solo una – potremo dire – “operazione chirurgica” sull'articolo 580 del Codice penale.

L'articolo 580 in realtà parla di tre fattispecie tutte diverse fra di loro. La prima è l'istigazione della persona che non aveva volontà suicidaria anteriormente all'entrata in scena di questi terzi, una persona quindi che di ammazzarsi non aveva nessuna intenzione. La seconda riguarda invece una persona già in possesso di volontà suicidaria e a questo punto il 580 distingue ulteriormente tra due fattispecie: da un lato quella che è l'istigazione morale, quindi il convincimento dal punto di vista morale, dall'altro invece quella che è la cosiddetta «agevolazione», che rientra in quei reati chiamati «ad attività libera», a contenuto libero. Questa agevolazione cioè, il cosiddetto «concorso materiale», l'aiuto materiale nel suicidio, si può esplicitare in molteplici modi non predeterminati. Tanto per dirne una, nel caso Cappato il concorso materiale sarebbe ravvisabile nell'aver guidato la macchina fino in Svizzera. Non è stato assolutamente l'aiuto fattuale nel suicidio, quello non c'è stato perché Fabiano ha morso da solo il meccanismo che ha azionato lo stantuffo che ha dato via al farmaco letale. Tant'è che su queste basi la stessa Corte ha escluso la sussistenza dell'omicidio del consenziente.

Quindi la Corte fa questa disamina molto chirurgica per arrivare alla conclusione – se non dichiarata, sottolineata – che in quanto tale la protezione dall'istigazione al suicidio è costituzionale. Perché la Corte individua comunque una cintura di protezione a favore delle fasce deboli, delle persone deboli o in condizioni disagiate, alle quali lo stato deve pensare. Purtroppo è chiarissima nel dire che vi sono alcune condizioni e alcune situazioni nelle quali questo reato così assoluto e così senza discriminanti è all'atto pratico incostituzionale.

Questo è secondo me il punto più importante al quale dobbiamo tutti attaccarci come cozze a uno scoglio, a prescindere poi da quello che succederà il 24 settembre prossimo. Perché la Corte costituzionale, come peraltro aveva già fatto in parte per quanto riguarda l'interruzione di gravidanza e come aveva già fatto in parte la Corte di Cassazione per quanto riguarda il caso Englaro, finalmente svincola il “bene-vita”, cioè il cosiddetto diritto alla vita, dall'idea dello stato etico. Il bene-vita non è più protetto e tutelato in quanto e solamente perché in funzione della collettività, ma il bene-vita è tutelato perché ci appartiene.

Si esce finalmente dalla concezione del legislatore degli anni trenta, concezione che era perfettamente congrua all'epoca e perfettamente congrua all'evoluzione del momento, nel quale la vita del cittadino era da proteggere a favore dello stato, a favore della collettività stessa. Finalmente invece qui no, la Corte costituzionale riesce a enucleare il bene-vita che in determinati casi, sì,

può venire meno. Che in determinati casi, sì, è nostro diritto far venire meno. Non possiamo dire che la Corte costituzionale abbia, vicino a questo diritto alla vita che è protetto in tutte le forme e che va anche evidenziato anche attraverso il cosiddetto combinato disposto degli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione, posto un corrispondente diritto alla morte. Ma in ogni caso non si ferma solo nell'individuazione di un bene-vita che come tale va tutelato a prescindere, senza se e senza ma. Finalmente la distinzione effettivamente c'è. E la distinzione è proprio data dal fatto che, pur essendo tuttora per il nostro ordinamento il bene-vita indisponibile e intangibile, vi sono situazioni nelle quali il bene-vita è disponibile ed è tangibile. Non a caso la Corte cita più di una volta la legge 219/2017 sulle disposizioni anticipate di trattamento, il cosiddetto testamento biologico, perché la Corte giustamente argomenta che se il principio di autodeterminazione terapeutica – come nel caso della 219 – può anche comportare il sacrificio della vita, evidentemente il titolare del diritto a questo sacrificio è la persona stessa. Non è lo stato, non è un'entità etica, non è un terzo estraneo, non è un giudice. Non è in questo senso un diritto alla sbarra ma è un diritto che rimane in capo a noi. Quindi questo diritto che diventa a questo punto inviolabile, così come c'è un diritto inviolabile al rifiuto delle terapie (la Consulta l'ha sempre riconosciuto), evidenzia una discriminazione tra malato e malato. Tra diritto inviolabile di chi può agire da solo e il diritto inviolabile di chi non è posto in questa condizione. Quindi una discriminazione tra malati autosufficienti o quantomeno in grado di porre fine alla propria vita anche attraverso il legittimo rifiuto di cure e malati non in grado.

Soprattutto, la Corte finalmente evidenzia il fatto che senza l'incostituzionalità di questa parte di norme, che puniscono sempre senza se e senza ma, di fatto lo stato non protegge la vita, ma lo stato protegge un solo tipo di morte: lo stato impone per tutti un solo e standardizzato tipo di morte. Scelto a priori e a prescindere dai singoli casi.

Ora, questo risponde anche in campo giuridico, come abbiamo visto già in campo medico, ad un modello paternalistico, modello che dobbiamo respingere con forza, non solo a livello di interpretazione giuridica ma anche e soprattutto a livello legislativo. La Corte in questa ordinanza non ha più nulla da aggiungere, dice come legiferare, consiglia addirittura di non toccare l'articolo 580 del Codice penale ma di inserire direttamente la normativa del suicidio assistito nella legge 219/2017. Addirittura suggerisce al legislatore di inserire le cure palliative come prerequisito per accedere al suicidio medicalmente assistito. La Corte – e verrebbe da dire, poveraccia – ha fatto ciò un po' fuori dalle sue attribuzioni. Così come un po' fuori dalle sue attribuzioni resta la capacità di autogestire le proprie regole procedurali: si veda l'invenzione dell'ordinanza a costituzionalità differita. Quindi arriva, mossa dal vuoto pneumatico dietro di sé, più o meno a fornire suggerimenti che non sono stati per ora colti.

A mio parere la Corte non può più attendere ulteriormente, dopo aver messo nero su bianco come ci sia una discriminazione effettiva fra malati e fra situazioni differenti che devono necessariamente venir ponderate, se vogliamo essere un ordinamento che rispetta i diritti umani individuali. Quello che viene adesso in discussione riguarda appunto il bene-vita.

Qualcuno dice che la Corte ha finalmente riconosciuto un diritto a morire con dignità. Onestamente dal punto di vista strettamente giuridico ho un po' di dubbi. Il nostro ordinamento, ma anche

quello sovranazionale come la stessa Carta europea dei diritti fondamentali agli articoli 2 e 8, non riconoscono in realtà un diritto a morire, un diritto alla morte: riconoscono il solo diritto alla vita. C'è un diritto alla morte? Beh, a mio parere sì, c'è un diritto a una morte con dignità, una morte autodeterminata che non sia ovviamente lesiva degli altri ma che venga scelta in piena e libera coscienza. Quello che però sicuramente ci ha dato la Corte – ed è questo che dovremmo sottolineare a prescindere da quello che succederà il 24 settembre – è che la Corte ha detto che noi abbiamo diritto a una piena dignità. Anche nella morte. Quindi anche se non ci ha riconosciuto direttamente un diritto a una morte dignitosa, ci dice chiaramente che le pretese della dignità della nostra persona umana non sono discriminabili fra loro. Ed è su questo che noi dobbiamo lavorare, perché l'autodeterminazione sia effettiva, la tutela dei diritti umani sia effettiva e che quindi alla sbarra ci si arrivi per affermarli, non per vederseli negare e nemmeno per vederli creativamente sottolineati da una Corte che però poi non ha il potere che a noi interessa, quello cioè di normarli.

Concludo con la frase di uno che a me stava particolarmente antipatico ma che qualche volta ci prendeva, Cicerone. Diceva che «siamo schiavi delle leggi per poter essere liberi». Mi sembra proprio il caso di riprenderla e di parafrasare questa citazione: “dateci una legge per essere liberi”. Grazie.

## Monica Cirinnà

Deputato del Partito Democratico

### Una questione di dignità, per i malati e per la politica

Nelle settimane che separano la data del convegno dalla data di consegna del mio contributo scritto sono cambiate molte cose, sul piano politico come su quello strettamente giuridico.

C'è stata, soprattutto, una storica decisione della Corte costituzionale, che mette la politica di fronte a responsabilità che non si è voluta finora assumere. Il Parlamento – lo dico con dolore – ha deciso di non decidere, e questa è la scelta più sbagliata e grave che i rappresentanti del popolo possano fare. La politica si è voltata dall'altra parte, rifiutando di confrontarsi con la sofferenza di tante persone, che chiedono solo il riconoscimento della propria dignità. La battaglia si è svolta, in questi mesi e in questi anni, fuori dal Parlamento, grazie a persone coraggiose, che hanno messo in gioco la propria vita e la propria intimità; e grazie a realtà come la Consulta di bioetica e l'Associazione Luca Coscioni, con Marco Cappato, Filomena Gallo e tante e tanti altri.

In Parlamento sono stati depositati molti disegni di legge, primo fra tutti quello di iniziativa popolare promosso proprio dall'Associazione Luca Coscioni. La Camera dei deputati, negli scorsi mesi, ha lavorato molto ma non è giunta a nessun risultato apprezzabile.

Anche al Senato sono stati depositati alcuni disegni di legge: ho firmato quello del collega Matteo Mantero e quello del collega Tommaso Cerno, mentre non ho firmato il testo presentato qualche mese fa dal mio capogruppo Andrea Marcucci. Si tratta, infatti, di un testo che chiede semplicemente di estendere il ricorso alla sedazione palliativa profonda e continua, dunque senza innovare in modo significativo su quanto già previsto dalla legge 219/2017, che già prevede la possibilità di morte in sedazione a seguito della rinuncia alle cure. Ma, come ha sottolineato la Corte costituzionale nell'ordinanza 207/2018, la morte in sedazione profonda lascia la vita del soggetto appesa al tempo di cui il suo cuore, il suo fisico, il suo corpo hanno bisogno per arrivare alla morte.

Non parlo volentieri di me stessa, ma voglio condividere un'esperienza che mi ha segnata profondamente: la mia mamma è morta in sedazione profonda il 23 giugno di quest'anno. Sono stata con lei, giorno e notte, per moltissimi giorni: ecco, secondo me non è giusto, non è umano, non è laico impedire ad una persona malata in modo irreversibile, già in procinto di andarsene e che voglia porre termine alle proprie sofferenze, di farlo con immediatezza e in modo corrispondente alla propria visione della dignità del morire. E tutto questo può non corrispondere anche a ciò che la persona malata desidera per i propri cari.

Per questo, nei giorni scorsi, poco dopo questo convegno e poco prima che la Corte costituzionale rendesse nota la sua decisione nel caso di Cappato e Dj Fabo, ho depositato un disegno di legge, che ho elaborato assieme al professor Angelo Schillaci dell'Università "Sapienza" di Roma. Il testo è stato sottoscritto da colleghe e colleghi di varie forze politiche, che da tempo sono in prima linea su questo tema: Tommaso Cerno (Pd), Loredana De Petris (Leu), Matteo Mantero (M5S), Riccardo Nencini (Psi), Paola Nugnes (Leu) e Roberto Rampi (Pd).

Si tratta di un disegno di legge che incrocia le richieste della Corte costituzionale e può rappresentare secondo noi un ottimo punto di partenza. Il testo non si pone in contrasto o come alternativa rispetto a quelli già presentati, ma costituisce un ulteriore contributo al dibattito, ricalcando con la massima precisione possibile i contenuti dell'ordinanza 207/2018 della Corte costituzionale, in attesa del deposito del testo della decisione del 25 settembre 2019.

In particolare, secondo l'ordinanza della Corte costituzionale il legislatore può – anzi dovrebbe, per assicurare una soluzione perfettamente coerente con il quadro costituzionale – consentire che, nei casi in cui è già prefigurato dalla legge l'esito mortale come conseguenza della sospensione dei trattamenti sanitari, venga somministrato al malato un farmaco idoneo a provocarne la morte rapidamente e senza dolore, prevedendo al contempo idonee garanzie. In conseguenza il disegno di legge, intervenendo a modificare la legge 219/2017, consente, su richiesta del paziente, la somministrazione di un farmaco atto a provocarne rapidamente e senza dolore la morte nei casi individuati dalla Corte Costituzionale, includendo nella disciplina dell'aiuto medico a morire anche quei pazienti che, sebbene non tenuti in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale (come ad esempio la ventilazione artificiale), siano comunque affetti da patologie gravi e irreversibili, fonte di sofferenze fisiche o psichiche intollerabili.

Ho scelto di intervenire sulla legge 219/2017 – la legge sulle disposizioni anticipate di trattamento (Dat), sul consenso informato e sull'autodeterminazione del malato – proprio per agganciare la nuova previsione alle garanzie che la legge sulle Dat già prevede per assicurare l'effettiva libertà di scelta del malato, salvaguardando allo stesso tempo la relazione di cura. Analogamente, la soluzione proposta si fa carico della posizione del medico, che è centrale, introducendo una specifica causa di non punibilità (che si estende, anche per il passato, a chi abbia cagionato direttamente o indirettamente la morte di un malato nelle condizioni descritte dalla Corte) e riconoscendo il diritto all'obiezione di coscienza del medico, come richiesto dalla stessa Corte costituzionale. Il disegno di legge interviene, infine, sulla formulazione del primo comma dell'articolo 580 del Codice penale, ragionevolmente differenziando le pene comminate per le due diverse fattispecie di istigazione e aiuto al suicidio.

Il testo potrà essere migliorato, anche in relazione alle indicazioni che dovessero provenire dalla sentenza della Corte costituzionale, che deve ancora essere depositata.

È un testo che mi sta molto a cuore. Come ho già ricordato, ho vissuto accanto alla mia mamma, Lucilla, gli ultimi giorni della sua vita, e non dimenticherò mai i suoi occhi che mi imploravano di aiutarla ad andarsene con dignità e senza soffrire.

Per questo, ho voluto un testo rispettoso della libertà di scelta di tutte e tutti, e soprattutto pienamente in linea con le richieste della Corte costituzionale.

Non siamo stati in grado, come rappresentanti del popolo italiano, di anticipare la decisione della Corte costituzionale.

Eppure, stiamo vivendo una stagione politica nuova, che ha posto fine alla sovrarappresentazione mediatica e politica di veri e propri deliri oscurantisti, versati in disegni di legge agghiaccianti, come ad esempio il ddl Pillon o quello che attribuisce la personalità giuridica all'embrione, cercando di privare di effetti – surrettiziamente – la legge 194 in materia di interruzione volontaria di gravidanza.

Certo, ci sarà molto lavoro da fare ma sono sicura che la parte più avveduta, più lucida, più colta o forse semplicemente più umana della nostra società continuerà a far sentire la sua voce – anche attraverso convegni come questo – per spronare il Parlamento della Repubblica laica e fondata sulla libertà e sulla dignità della persona a fare proprio un principio molto semplice: le scelte personali possono non essere condivise da tutti, ma questo non è un motivo sufficiente per impedire ad altre persone di assumerle.

“Io non lo farei” non è e non può essere un criterio di azione politica in uno stato laico, democratico e pluralista.

Questo è il patrimonio di esperienze e competenze con il quale il Parlamento deve adesso fare i conti. Non possiamo tirarci indietro, non c'è più tempo. La strada è segnata e l'obiettivo è chiaro: garantire una morte dignitosa a chi già sta morendo, vittima di una malattia irreversibile. È una questione di dignità e umanità, è un compito che la Costituzione ci impone.

La Corte costituzionale ha dato al legislatore l'irripetibile opportunità di rispondere in modo serio e ponderato alla domanda di riconoscimento che si leva dal corpo stesso dei malati. Una risposta sensibile alla dignità del morente e alla garanzia della miglior qualità di vita possibile, in armonia con la sua autodeterminazione e la sua visione della morte. Il legislatore non è chiamato a dare la morte, né a rinunciare all'obbligo di prendersi cura di ogni persona malata. Piuttosto, è chiamato a confrontarsi, con umiltà, con le forme che possono assumere, nella concretezza delle situazioni di vita, la dignità personale e la libertà di scegliere, riconoscendole con rispetto.

La parola chiave è dignità. Una dignità che non può essere più negata e che impone alla politica e al Parlamento di assumersi la sua responsabilità. Dobbiamo fare presto e bene!

## Rossana Cecchi

Componente del direttivo dell'Associazione Libera uscita

### Compito del medico e suicidio medicalmente assistito dal punto di vista medico-legale

Ammettiamo di essere in un'Italia ideale. Dove le cure palliative siano assicurate in modo diffuso su tutto il territorio ai più alti livelli. Ammettiamo che i medici abbiano ricevuto un'adeguata formazione su come comunicare e relazionarsi con un paziente afflitto da sofferenze intollerabili. Ammettiamo che la popolazione abbia ricevuto adeguata e capillare informazione sull'esistenza delle cure palliative e di tutte le possibilità a cui possono ricorrere a fronte di una condizione soggettiva di sofferenza intollerabile. Ammettiamo tutto questo. Ed ora confrontiamoci con un uomo che ha avuto grandi soddisfazioni come atleta, che da otto anni combatte con l'Aids ed oggi pesa 37 Kg, che sta perdendo la memoria e la capacità di ragionare ed è terrorizzato dalla demenza da Aids. Oppure una donna madre di sette figli, costretta a letto da una grave stanchezza cronica, portatrice di una ferita aperta e maleodorante nell'addome, che non può più mangiare ed è stanca di combattere contro un cancro all'ovaio. Oppure un operaio pensionato, ferocemente indipendente, reso quadriplegico da una Sla, che non sopporta più di vivere in uno stato di totale dipendenza e vive sperando nel giorno della propria morte. Oppure uno scrittore, afflitto da metastasi ossee da cancro del polmone, non più responsivo alle terapie, che non vuole più dover decidere quotidianamente tra la sedazione e la percezione del dolore insopportabile. Oppure il medico sofferente di fibrosi polmonare che non vuole più rimanere attaccato al ventilatore ma è terrorizzato dalla sensazione di soffocamento. Ecco questi sono esempi reali, riportati nel *New England Journal of Medicine* già nel 1992, di fronte ai quali appare giusto porsi la domanda se queste persone possano avere il diritto di accorciare il tempo di agonia in cui vivono quotidianamente per 86.400 secondi o se vogliamo 1.440 minuti al giorno. Sì, perché si tratta di sofferenze che non abbandonano mai chi le vive. Mi si risponderà che più di un caso a cui ho fatto riferimento possa oggi essere risolto o comunque aiutato dalle cure palliative ed è vero, ma ci sarà sempre quel caso residuale, il quale non potrà trovare giovamento dalle cure disponibili nel momento storico in cui si svolge.

È di fronte a quei casi residuali che ci si deve porre la domanda come medici su quale sia il migliore dei comportamenti possibili.

L'evoluzione della cultura deontologica dei medici e dei professionisti sanitari italiani, a cui si è aggiunta di recente la legge 219/2017, consente di poter sostenere che ormai in Italia si sia affermato il principio del diritto prima di tutto della dignità della vita piuttosto che della quantità dell'esistenza. E in nome di questa dignità, che è un diritto personalissimo sul quale quindi nessuno può esercitare alcuna decisione se non il singolo individuo, i medici sono chiamati dal codice deontologico ad un confronto sempre più personalistico con il paziente, sino a giungere ad una terapia che, grazie alla programmazione nel tempo delle cure, viene adattata in modo "sartoriale" a ciascun malato.

Ed è proprio il consolidato orientamento verso una medicina personalizzata che impone al medico

di dare tempo a se stesso e al paziente per comprendere, assieme, cosa sia meglio per il paziente stesso.

L'insieme delle norme deontologiche e legislative consente oggi al medico di incontrare il paziente, comunicare con lui per il tempo necessario, informarlo della diagnosi e della prognosi, prospettargli nei modi comunicativi più consoni il destino che lo attende, ciò che le strutture sanitarie possono offrirgli come supporto terapeutico anche domiciliare, in particolare come cure palliative, mettergli a disposizione l'assistenza psicologica e, se del caso psichiatrica, necessaria. Tuttavia, a fronte di un rifiuto, nonostante tutto, delle terapie, il medico oggi è tenuto a fermarsi. Nel fermarsi potrà trovarsi di fronte ad un paziente sofferente e sarà deontologicamente legato al dovere di lenire le sofferenze di quel paziente. Che siano fisiche o psicologiche. Ed è in quel momento che si gioca il ruolo unico e insostituibile del medico: come poter lenire il dolore intollerabile di un paziente che rifiuta persino le cure palliative, o per il quale anche la stessa sedazione palliativa non sia risolutiva dato che magari non è in fase terminale? In cosa consiste in questi casi il dovere del medico di prestare cure al paziente?

Bisogna prendere atto, come d'altronde anche sottolineato dal Comitato nazionale per la bioetica nel suo recente parere sul Suicidio medicalmente assistito, che la sensibilità sociale nei confronti della sofferenza è cambiata e induce a complesse riflessioni etiche, giuridiche, sociali ed economiche sul tema del morire. E che, inoltre, si tratta di una questione che nasce e si sviluppa solo nelle società contemporanee tecnologicamente avanzate dato che in quelle non avanzate il processo del morire segue il suo naturale corso temporale.

La Consulta deontologica nazionale (Cdn), nel documento del 14 marzo 2019 ribadisce la posizione della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri per la quale al medico non possa essere richiesto di favorire in alcun modo la morte del paziente. Tuttavia, a fronte di una possibile legislazione in tema di suicidio assistito, indica alla Corte costituzionale di affidare ai medici la sola competenza di stabilire le condizioni cliniche del paziente che configurino il suo diritto a richiedere ed ottenere il suicidio assistito.

Orbene esistono numerosi esempi nel mondo di paesi e stati che hanno legiferato sul tema e numerose sono le linee guida, i protocolli, tutti connotati da forte rigidità nei parametri considerati, che possono aiutare l'Italia nella formulazione di linee guida nazionali, elaborate secondo i dettami della legge 24/2017, meglio conosciuta come "legge Gelli" sulla responsabilità professionale dei medici, e che potrebbero costituire la piattaforma sulla quale i medici chiamati a valutare le condizioni cliniche idonee alla richiesta di suicidio medicalmente assistito potrebbero muoversi. E come la legge 24/2017 indica all'articolo 5, l'applicazione della linea guida andrebbe verificata rispetto al singolo caso e, qualora fosse ritenuta non adeguata, ci si potrebbe discostare e non applicarla. È in questo senso che potrebbe essere considerata l'obiezione di coscienza che non varrebbe come obiezione verso tutti i casi, bensì verso il singolo caso. Obiezione che andrebbe documentata nel suo iter logico, in cartella clinica, e dovrebbe basarsi strettamente su circostanze medico-sanitarie. Il medico che, invece, volesse sollevare obiezione di coscienza per tutti i casi per motivi morali personali, non ha motivo di farlo, basta che non accolga l'invito del paziente a discutere con lui della

sua volontà di richiedere il suicidio assistito. Dovere deontologico del medico in questi casi, come in tutti i casi in cui il medico non essendo d'accordo con le decisioni del paziente esercita la propria autonomia professionale interrompendo il rapporto di fiducia, sarebbe indicare al paziente un altro collega a cui rivolgersi, al fine di non lasciarlo privo di assistenza.

La Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri indica chiaramente che l'eventuale diritto riconosciuto per legge alla richiesta di suicidio assistito dovrebbe essere affidato ad un team di clinici e medici legali. Va da sé che si tratterà di specialisti del settore, formati ad affrontare temi legati al fine vita e al morire con dignità, che abbiano competenza nella comunicazione con il malato grave, disabile, cronico, terminale. Soltanto colleghi preparati in questo settore possono prendersi carico dei malati che richiedono un aiuto al suicidio in quanto saranno gli unici in grado di poter analizzare in modo corretto, che tenga conto di tutti i valori in gioco, le istanze del malato e verificarne l'applicabilità alla legge. Lo stesso medico legale dovrà avere competenza ed esperienza nelle questioni riguardanti il fine vita e le patologie che pongono problemi di dignità del vivere e del morire.

Le linee guida dovrebbero prevedere: il dovere di una corretta informazione, di un confronto dialogico in cui tutte le possibili cure e alternative vengano considerate e discusse a fondo col malato, la capacità del paziente di argomentare le proprie scelte di suicidio e di sostenerle a fronte di tutte le obiezioni poste, la presenza di una patologia che oggettivamente determini le condizioni che il paziente riferisce ed argomenta e la ferma persistenza nel desiderio di non prolungare ulteriormente la propria esistenza non percepita più come vita. Una tale sequenza di passaggi può certamente orientare l'equipe di medici chiamati a valutare la richiesta di suicidio assistito.

La Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri non chiarisce cosa debba accadere a fronte del possibile accoglimento del diritto di un paziente ad ottenere il suicidio assistito, dato che pone ai medici il solo compito di definire l'idoneità delle condizioni cliniche del paziente. I paesi che hanno maturato esperienza in questo campo documentano diversi modi per aiutare il paziente a suicidarsi, tra cui anche farmaci che il malato può assumere in piena autonomia nel momento in cui decide di farlo. Va da sé che, pur mantenendo fermo il principio per cui sia il malato a somministrarsi il mezzo letale in piena autonomia decisionale ed attuativa, nel momento in cui la decisione riguardo il momento in cui farlo venga condivisa con il medico, è inimmaginabile che il curante stesso non si senta impegnato con il proprio paziente – col quale ha condiviso tutti i dolorosi passaggi che lo hanno portato alla decisione finale – nel dovergli assicurare l'eventuale assistenza – anche solo di vicinanza – che si dovesse rendere necessaria. Ciò al fine di non abbandonare il paziente assicurandogli di morire con dignità assistito non solo dagli affetti ma anche dal medico a cui si è affidato. Anche perché solo il medico è in grado di proporre metodi di suicidio efficaci e non traumatizzanti o dolorosi.

Va da sé, e lo ribadisco, che non tutti i medici potranno assumere questo ruolo, ma soltanto coloro in grado, per formazione ed esperienza, di dialogare sul bene vita e sulla morte con pazienti in condizioni di estrema difficoltà esistenziale. Ed essendo ormai palese che in futuro vi saranno sempre più pazienti che, per l'età avanzata raggiunta con le relative patologie associate o per la possibilità di

ritardare il momento della morte grazie alle tecnologie avanzate a disposizione, potranno chiedere aiuto per ovviare ad esistenze divenute intollerabili, non appare più procrastinabile l'istituzione presso i corsi di laurea in medicina e chirurgia e nelle professioni sanitarie di corsi di insegnamento in comunicazione medico-paziente al fine dello sviluppo di una formazione culturale e universitaria sul rapporto medico-malato, medico-morte come, peraltro, richiesto anche dal Consiglio d'Europa già nel 1999.

## **Eugenio Lecaldano**

Componente della Consulta di bioetica onlus e del Centro studi Politeia, docente emerito di Filosofia morale presso l'Università "Sapienza" di Roma

### **Ricadute positive di un diritto al suicidio medicalmente assistito per una libera ricerca del senso della vita**

Vorrei limitarmi ad approfondire due linee argomentative a sostegno del riconoscimento legislativo di un diritto al suicidio medicalmente assistito, due linee di giustificazione già richiamate in alcuni degli interventi che mi hanno preceduto. Il contesto in cui vanno collocate entrambe queste giustificazioni è la società italiana nel suo sviluppo attuale .

Una prima linea argomentativa è quella che documenta la prevedibilità elevata – e crescente – di un numero significativo di morti che si realizzeranno concretizzando le alternative su cui interverrà la legge. Muovendo da questa previsione la legislazione potrebbe permettere situazioni più libere e rispettose delle diverse persone coinvolte. Per cogliere questa realtà è fertile l'impostazione di un pensatore italiano recentemente scomparso: Carlo Augusto Viano. A Viano la «Rivista di Filosofia» dedicherà il suo prossimo fascicolo, per ricordare i diversi percorsi di riflessione che egli ha fornito alla cultura filosofica italiana degli ultimi settant'anni. Secondo Viano il primo obiettivo della bioetica, è di raccogliere i fatti che la riguardano, ovvero registrare l'insieme dei reali comportamenti e atteggiamenti delle persone nelle situazioni odierne, così profondamente cambiate, che riguardano la nascita, la cura e la morte. Mettere in primo piano la raccolta dei «fatti della bioetica» e cercare le cause dei mutamenti che in essi si registrano vuol dire evitare di cadere nella logica che Viano diagnostica come una forma di «accanimento etico»: il tipo di accanimento costitutivo di quella «bioetica difensiva» il cui unico impegno consiste nel denunciare quanto i cambiamenti che ci stanno di fronte si allontanano dai principi della morale tradizionale. Questa bioetica difensiva ben nota nel nostro paese – ancora dominato a livello di dichiarazioni pubbliche dall'etica della ortodossia cattolica – include subito un ulteriore passaggio, quello di richiedere un intervento riparatore del legislatore. L'unico orizzonte è quindi quello di contestare i cambiamenti e le esperienze effettive che li accompagnano e ribadire un atteggiamento aprioristico. Una bioetica laica, di impostazione critica (sia essa empirica o razionale) invece non rimuove la realtà e imposta la sua ricerca diversamente. Essa dunque tiene conto di come gli sviluppi di scienze e medicina relativamente alla nascita, la cura e la morte influenzano la vita pratica – anche dei fautori della bioetica conservativa – e prospetta una riflessione rivolta a individuare regole etiche completamente nuove. Oggigiorno una parte di coloro che accettano i principi della morale cattolica sulla nascita e sulla morte ritengono che l'unica impostazione corretta sia ancora quella della bioetica difensiva. Ma se guardiamo alla società italiana degli ultimi decenni si dovrà ammettere che essa – con una qualche continuità e progressivo ampliamento – ha dovuto procedere nella strada indicata da Viano, mettendo al primo posto i fatti piuttosto che riaffermare alla cieca i principi tradizionali. In questo quadro, in effetti, si è avuta una grande crescita a partire dagli anni settanta, e sempre più decisamente negli anni ottanta e

novanta, di questi fatti innovativi riguardanti le maniere in cui le persone nascono, le loro identità sessuali o di genere, il loro modo di concepire i legami familiari e altro. Come ricaduta di queste trasformazioni sociali la legislazione italiana si è dovuta aprire a opzioni che spesso erano lontane dai modi tradizionali di concepire queste pratiche. Questo è accaduto e sta accadendo anche per quanto riguarda il morire. Di certo la legge del dicembre 2017 sulle disposizioni anticipate di trattamento ha già aperto un percorso significativo da ampliare. In alcune Commissioni parlamentari è stata avviata in questa legislatura la discussione su una serie di progetti di legge sull'eutanasia. Infine il 25 settembre 2019 la Corte Costituzionale ha giudicato incostituzionale quella parte del Codice penale che prevede sanzioni per qualsiasi forma di assistenza al suicidio. Occupandoci di suicidio assistito si deve muovere dunque dalla consapevolezza che i fatti della bioetica rendono impraticabile la strada di ricondurre le vite degli esseri umani ai principi etici tradizionali e che vanno tenute aperte e rafforzate quelle strade per il riconoscimento dei diritti che nella nostra Costituzione e nella storia repubblicana sono già stati ampiamente delineati. Qui come in altre direzioni già intraprese, non è possibile tornare indietro.

La premessa di una bioetica critica è dunque di raccogliere ordinatamente le osservazioni su come si presenta il morire nella nostra società. Sempre Viano giustamente insisteva sul completo tramonto dell'idea di morte "naturale". In fondo tutte le tensioni sui casi Englaro, Welby e più recentemente sui vari casi di suicidio assistito (come quello di Dj Fabo che ha coinvolto Marco Cappato) hanno messo in luce l'assurdità di rivendicare e riaffermare come soluzione normativa di tutte queste vicende la morte naturale, già completamente scalzata dalle nostre vite non solo con la determinazione della morte in termini cerebrali, ma anche con il ricorso a vari strumenti vicarianti, farmaci o altro, laddove vi sia una perdita completa di qualche funzione. Coloro che si oppongono al suicidio assistito continuano però a rivendicare il valore morale delle morti naturali. Il punto debole in questa posizione non è che in essa si compia comunque una indebita fallacia passando dall'essere al dover essere, ma proprio che in essa manca oramai una accettabile ricostruzione di ciò che è. Muovendosi al suo interno non si percepisce più quello che realmente ci capita essendo vicini ai nostri familiari, amici, conoscenti e ciò di cui abbiamo esperienza a proposito del morire delle persone: viene negato con la retorica della bellezza delle cosiddette morti naturali. Mentre la nostra esperienza ci testimonia spesso, morti accompagnate da tormenti prolungati, o da una improvvisa casualità, da sofferenze insopportabili e percorsi di soffocamento e vere e proprie inenarrabili fatiche di morire e altro ancora. Solo una concezione astratta e dogmatica della vita e della morte può mitizzare la "naturalità" come l'unico giusto modo di entrare (per chi ci crede) in un altro mondo. L'idea di morte naturale va dunque sottoposta ad una radicale squalificazione sia sul piano descrittivo che su quello normativo. Sembra oggi più adeguato alle condizioni in cui noi tutti moriamo sostenere che non vi sono in realtà morti naturali e che tutte sono disponibili alle nostre scelte e decisioni e dunque sono un campo di possibilità su cui le nostre leggi debbono intervenire. E soprattutto sottrarre all'idea di morte naturale tutto quell'alone mitico di cui la circondano con il loro principio di indisponibilità i fautori di una bioetica difensiva. Non dobbiamo certo limitarci a considerare non naturali le morti di quelle persone che sono tenute in vita con l'aiuto di macchine:

su queste la riflessione critica – come spiegava Viano – è avanzata ed è acquisita da tutti, compresi i medici che si richiamano continuamente al giuramento di Ippocrate, la consapevolezza che si tratta di situazioni create da una medicina impegnata esclusivamente a garantire comunque la sopravvivenza. Dunque su queste morti anche i medici hanno dovuto fare un passo indietro e riconoscere un dovere del medico a porre riparo responsabilmente a quanto egli stesso ha causato. Ma è egualmente difficile accettare che si possano, in nome di una morte naturale, considerare sacre le vite di quelle persone che non vogliono più vivere a causa di sofferenze per loro insostenibili. Qui si presenta un'area di casi possibili per i quali un diritto al suicidio medicalmente assistito potrebbe garantire un aiuto per evitare il male considerato maggiore dalla persona direttamente coinvolta, senza che questo comporti danni ad altri. Un'area di casi perimetrare in cui non possiamo fare a meno di tenere conto dei processi demografici e sociali che stiamo vivendo. Il legislatore, con cautela e norme rivedibili, dovrebbe includere nello spazio di possibilità di intervento della legge sul suicidio assistito anche tutti quei prolungamenti della vita – benefici e artificiali – che, come un fatto sempre più socialmente significativo per la nostra società, coinvolgono vecchie che si prolungano molto al di là del numero di anni a cui eravamo abituati. Sono già centinaia di migliaia e diverranno, nel giro di una trentina d'anni, milioni. Ovviamente si tratta di questione molto delicata: non certo equamente ricostruita dai fautori della indisponibilità della vita che in questi casi ricorrono spesso ad argomenti volgari, demagogici e poco rispettosi, in nome di un pendio scivoloso strutturato per i *social network* e non per il confronto argomentativo sulle questioni etiche in una società civile. Nessun equivoco deve esserci sul fatto che stiamo trattando di un suicidio medicalmente assistito, ovvero di una richiesta esplicita e ripetuta della persona direttamente coinvolta. Detto ciò, si tratta di uno spazio del morire socialmente diffuso oggi, che non può essere completamente rimosso. I fatti bioetici collegati alla morte per persone che sopravvivono fino ad un'età molto avanzata non devono farci negare le molte situazioni in cui le stesse persone coinvolte ritengono le loro condizioni di sopravvivenza, fisiche e mentali, come una forma di continua decadenza: una decadenza inevitabile e intollerabile a cui alcuni potrebbero volere, come alternativa, l'aiuto a morire. Naturalmente queste situazioni possono essere affrontate con una legislazione impegnata il più possibile a favorire condizioni di sopravvivenza dignitosa. Ma non occuparsi in alcun modo di tali questioni non sembra accettabile: ancora una volta, in nome della morte naturale, si lascerebbe il campo alle cose come vanno da sole, affidando il tutto a quell'altro pilastro naturale che dovrebbe essere la famiglia e dunque alle profonde ineguaglianze economiche e sociali esistenti nel nostro paese. Questa completa assenza di considerazione sul piano politico e legislativo sembra una realizzazione a livello istituzionale di quella «eutanasia di abbandono» di cui scriveva Norberto Bobbio alcuni decenni fa. Anche di questo tipo di morti può farsi carico una legge sul suicidio assistito: si può non volere continuare a vivere semplicemente perché si continua a vivere nel vuoto, la fatica è eccessiva, la solitudine e l'abbandono in cui si passa la propria quotidianità è insostenibile.

La seconda linea di argomentazione che vorrei sviluppare è appunto quella che introduce nelle riflessioni sul suicidio assistito e il diritto di ottenerlo l'orizzonte del senso della vita. La nozione di senso della vita è molto controversa specialmente nella filosofia dell'ultimo secolo: si tratta qui del

senso della vita individuale, o meglio di quella vita biografica vista dalla prospettiva della persona stessa che la vive, e non già della vita in generale. Molte filosofie del Novecento, dall'esistenzialismo negativo al neo-positivismo, hanno concluso radicalmente che la stessa nozione di senso della vita non ha alcun significato. Ma questo radicale negativismo non sembra avere inciso a livello di vita ordinaria o di linguaggio comune quotidiano. Resta infatti un uso diffuso della nozione di senso della vita nei nostri discorsi ed in particolare troviamo un gran numero di persone che, richiamando le loro credenze religiose, pretendono che proprio queste credenze siano la strada maestra per riuscire a trovare un senso per la loro vita. La pretesa anzi – formulata nello specifico in modo diverso dalle diverse religioni – è che solo le concezioni religiose riescono a dare un senso ad essa inserendo la morte in un orizzonte non nichilistico e aprendo alla sopravvivenza e alla immortalità in un'altra vita, in cui i giusti saranno premiati e i malvagi dannati. Ci troviamo anche spesso di fronte ad un altro modo di dare un senso alla vita individuale, quello delle visioni nazionalistiche o comunitarie. Queste visioni procedono sottodimensionando la realtà della morte, in quanto considerano ciascuna vita individuale come nient'altro che una cellula di un organismo, grande ed eterno, che sopravvive agli individui: eroismo e sacrifici fino alla morte acquisterebbero un senso immolandosi per una patria o una comunità .

A favore del riconoscimento legislativo del suicidio assistito vi è appunto la realizzazione di una condizione culturale di parità tra tutte le diverse concezioni del senso della vita. Molto lavoro è stato fatto dalla riflessione non religiosa per mostrare come in una prospettiva secolare e naturalizzata resti attingibile una impostazione meno mitica e trascendente della ricerca individuale di un senso della vita. Questa legislazione può permettere di liberalizzare la ricerca da parte di tutti noi di un senso per la propria vita, liberandoci da quell'imbonimento che fin da quando nasciamo ci spinge o a morire per guadagnarci una immortalità a cui non crediamo o a cercare una morte dedicata a quella parte dell'umanità con la quale casualmente conviviamo: un modo di vedere legato spesso alla dottrine sulla vita come dono e la morte come destino. Viceversa potremo coerentemente vivere un modo di dare senso alla vita individuale che è stato coltivato da una lunga tradizione illuministica, liberale e democratica, ispirata ad un generale orientamento naturalistico, individualistico e secolare. Su questo sfondo alcune concezioni del pensiero filosofico recente si sono impegnate, proprio per rispondere ai fatti della bioetica sulla morte, teorizzando una linea possibile di senso della vita che considera la morte individuale disponibile alla persona stessa e del tutto giustificata – fino a poter pretendere moralmente il diritto di essere aiutati a realizzarla in tempi brevi – quando la sua continuazione è accompagnata da sofferenze e degrado insostenibili. Questa legislazione sul suicidio medicalmente assistito è dunque fondamentale per non costringere le cittadine e i cittadini del nostro paese – una costrizione che si avvale non solo dei preti ma anche di una parte dei medici – ad abbracciare passivamente quella bioetica conservativa che, come abbiamo spiegato, viene continuamente negata dai fatti. Riconoscere quindi un diritto al suicidio assistito permetterebbe, anche, di rendere disponibile alle persone il linguaggio da usare sulle condotte virtuose alla fine della vita permettendo loro di considerare le nozioni di egoismo e altruismo, coraggio, eroismo, sacrificio come non iscritte in una ontologia eterna che favorisce esiti autoritari e talvolta violenti.

Non si capisce perché si debba considerare egoista chi alla fine della vita sceglie di morire non trovando nella sua esistenza nessuna ragione d'essere ed essendo consapevole della gravosità – per sé e per gli altri – delle attività con cui gli si permette di sopravvivere: la distinzione tra egoismo e altruismo non è certo rintracciabile, con qualche criterio assolutistico, nella natura delle cose. La legge sul suicidio assistito renderebbe operativa una analoga operazione di liberalizzazione per una nozione etica ancora più decisiva nella valutazione della fine della vita: quella di “dignità”. Sembra siano maturi i tempi perché non si debba più subire quella tabe che sembra ancora allignare nella nostra discussione pubblica quando si fa portatrice di una unica concezione della dignità della vita e della dignità della morte. Questo conformismo non tiene conto che “dignità della vita” e “della morte” sono valutazioni che possono essere date solo dalla persona direttamente coinvolta e dunque rappresenta la peggiore forma di mancanza di rispetto per l'intelligenza e la sensibilità di ciascuno di noi.

La morte può far parte di un «progetto esistenziale» (un'espressione che trovate insieme a quella di «senso della propria dignità» anche nell'appello che è stato presentato nel nostro convegno) che cerca non già di evitarla – il che ovviamente è assurdo – quanto piuttosto di provare a farne l'ultima tappa di una vita. Una legge sul suicidio medicalmente assistito va vista come un momento della lotta, che stiamo conducendo con continuità in questa Italia post-fascista, per accrescere la libertà degli esseri umani. Si tratta di un percorso che la nostra società, come parte della nostra specie, difficilmente potrà interrompere: la sua sopravvivenza è infatti legata anche alla capacità di realizzare pratiche sociali e politiche che garantiscano universalmente libertà ed equità. Sul futuro dell'umanità non pendono solo le tremende minacce del cambiamento climatico ma anche gli incubi di tirannie che privano gli esseri umani delle loro naturali libertà e discriminano tra di essi con leggi e istituzioni ingiuste.

## Paolo Briziobello

Presidente dell'associazione LITALIAINTESTA

### Suicidio medicalmente assistito: la cultura della vita e il senso delle parole

Innanzitutto grazie agli organizzatori, la Consulta di bioetica e Uaar, chi ha permesso la nostra presenza in questa sala. Mi scuso di essere arrivato soltanto nel pomeriggio, purtroppo questa mattina non mi è stato possibile essere presente.

Sicuramente intervenire dopo al professor Lecaldano è particolarmente impegnativo anche perché sul mio intervento – quando mi hanno proposto sia a livello di associazione il patrocinio che non abbiamo esitato, con estremo piacere, a dare a questa iniziativa, sia la possibilità di intervenire – ho dovuto rifletterci. Perché mi sono chiesto che cosa potesse dire una persona come me che nella vita fa tutto un altro mestiere, il commercialista, che presiede una associazione di cultura e politica che ha cinque parole chiave nella propria *mission*, che sono etica, politica, trasparenza, innovazione e cultura. Ed è proprio l'aggancio con la parola "cultura" che mi ha fatto riflettere: questo convegno, questo tema, quello che attendiamo il 24 settembre nei fatti è una delle rappresentazioni della cultura. Ho pensato che potesse essere significativo un brevissimo contributo di una persona che vive la vita tutti i giorni, di una persona che non è un medico, un filosofo, uno scienziato, ma una persona come me che si è avvicinata con molta prudenza, con molto riserbo, a certe materie. Alle materie che riguardano i diritti fondamentali dell'individuo sia nell'inizio della vita – penso ad alcune occasioni di incontro che abbiamo avuto parlando di fecondazione assistita – sia in tema di diritti civili: mi ricordo la battaglia sulle unioni civili, mi ha fatto molto piacere salutare Monica Cirinnà.

Abbiamo già avuto altre circostanze di incontro anche in Senato sui temi del fine vita: ora certamente questa del suicidio medicalmente assistito richiede secondo me una riflessione in più. Non vi parlerò di argomenti scientifici o medici o filosofici perché non ne ho le competenze, ma vorrei farvi riflettere su alcuni aspetti pratici della vita che ci capitano tutti i giorni, quando ci alziamo la mattina fino a quando andiamo a dormire. Pensiamo ad esempio ad una frase che sentiamo ripetere molto spesso, sia dalle persone ancora coscienti afflitte da malattie sia da quelle persone che accudiscono, assistono, affiancano gli ammalati che non hanno più la possibilità di esprimersi. Ed è una frase che sentiamo dire spessissime volte. La frase è: "non è più vita". Sentirci dire "non è più vita" ci fa riflettere sul concetto stesso di vita. Che cosa dobbiamo intendere per vita? È vita quella in cui un individuo non ha più la cognizione di se stesso? È vita quella in cui un individuo, in base a come noi lo conosciamo, è costretto a rimanere in vita perché legato a delle macchine? Magari contro la propria volontà, magari anche espressa. E se questa è vita, che cos'è la vita? È un concetto evidentemente giuridico, se la mettiamo su questi termini. O è un qualche cosa, come abbiamo sentito dire anche poco fa, che deve essere strettamente legata all'individuo, su cui l'individuo deve mantenere il controllo, su cui l'individuo ha il diritto decidere come diritto inalienabile di se stesso? Accanto a questa suggestione che ho pensato di proporvi se ne affianca un'altra, che va in parallelo e in certi momenti si sovrappone alla prima: è una riflessione legata all'uso delle parole. Viviamo in un'epoca in cui l'uso delle parole è spesso completamente difforme dal senso che le parole hanno.

Siamo soliti attribuire o sentir attribuire alle parole dei significati per iperbole. Si parla per iperbole, si trasmettono messaggi per iperbole con lo scopo di andare a toccare delle corde che spesso non sono assolutamente suffragate da elementi scientifici, medici, ma che vogliono solleticarci istinti non positivi.

Un uso sapiente delle parole, tornare a un uso sapiente delle parole, su un argomento come questo è indubbiamente una giusta la discussione, e penso che sia altrettanto indubbiamente giusto il rispetto per le posizioni di ciascuno. A patto che coloro i quali avversano la posizione – quella posizione che auspichiamo tutti che il 24 settembre dalla Corte costituzionale, in assenza di provvedimenti parlamentari, si appresterà a prendere – a patto che le persone che avversano queste teorie non usino degli strumenti davvero assimilabili a delle *fake news*.

L'uso della parola come grimaldello emotivo è un qualche cosa che deve cessare. Non soltanto dal punto di vista medico, non soltanto dal punto di vista scientifico e dal punto di vista filosofico, ma per rasserenare la discussione all'interno di uno stato che ne ha davvero bisogno. Rasserenare la discussione, togliere quelle che oggi sono in gergo chiamate *fake news* per sintetizzare un qualche cosa che tutti conosciamo.

Il rispetto della libertà dell'individuo credo passi anche per l'accettazione di posizioni contrapposte tra di loro e che però non vadano – come dicevo un attimo fa – a toccare sensibilità sbagliate. Faccio riferimento a una campagna pubblicitaria che mi pare qui a Roma in questi ultimi giorni abbia avuto particolare enfasi, che ho avuto modo di guardare. Vedete, sono abituato a confrontarmi, ad accettare discussioni più o meno con tutti: però su questi temi credo che le discussioni strumentali e deviate, nel momento in cui si pongono dei manifesti che nulla hanno a che fare con il tema che si tratta, siano davvero fastidiose. Ho visto dei manifesti, immagino li abbiate visti anche voi: ne cito due. Il primo, dove c'è una signora di una certa età ma sicuramente non molto anziana: «Maria, 70 anni, ha un tumore. Potrà farsi uccidere. E se fosse tua nonna? No eutanasia». Nella foto c'è una signora che potrebbe davvero essere la nonna di tutti noi, può essere stata la nonna di tutti noi. Peccato che questa signora non è nella condizione di ciò di cui si parla. Ciascuno di noi che abbia avuto una nonna in queste condizioni sicuramente non pensa all'eutanasia. Perché non facciamo vedere la signora Maria purtroppo malata di tumore in fase terminale? Perché non facciamo vedere come sarebbe l'immagine di questa persona? Perché non utilizziamo – mi rivolgo a questi signori che fanno queste campagne – la stessa campagna che viene utilizzata ad esempio sui pacchetti di sigarette? Vogliamo dare un messaggio chiaro: diamo questo messaggio chiaro.

C'è poi un'altra immagine con lo slogan: «Lucia, 45 anni, disabile. Potrà farsi uccidere. E se fosse tua mamma? No eutanasia». Qui andiamo a solleticare altri temi, che sono i temi della disabilità. Andiamo ad avvicinare due mondi che sono completamente diversi: la disabilità di per sé è la più varia, ma la disabilità non comporta necessariamente una assenza della possibilità per le persone di vivere. E torniamo al concetto di vita. Un altro messaggio come questo che ho appena letto è evidentemente un messaggio fuorviante: qui torna il senso delle parole. E permettetemi il gioco di parole, adesso mio: il *dissenso* sulle parole.

Vorrei concludere questo mio intervento con due riflessioni che ho letto e che sottopongo a voi, che sono state scritte in questi giorni proprio riguardo a queste due fotografie con questi messaggi. Sono tutte e due di persone che hanno perso rispettivamente le mamme in età molto giovane. La prima persona dice: «In questi giorni l'associazione *CitizenGo*», quella vicina al senatore Simone Pillon, «ha tappezzato i muri di Roma con dei manifesti come quelli che vedete in foto qui sotto» ed era la famosa nonna Maria di cui parlavo prima. «E se fosse tua nonna? E se fosse tua madre? Io lo sapevo cosa fare se fosse stata mia madre. Mia madre è sempre stata chiarissima sul suo fine vita. Mia madre se ne voleva andare col cervello integro e la capacità di intendere e di volere. E invece per colpa di voi se n'è andata che pesava trentadue chili, seduta su una barella, senza riconoscermi con una dose di morfina in corpo che avrebbe ammazzato una coppia di elefanti in calore. Voi mi avete impedito di fare quello che voleva mia madre, altrimenti io adesso sarei in galera per omicidio. E parliamoci chiaro. Per me quelli che devono stare in galera siete voi, gente che condanna i propri parenti in virtù della propria coscienza. Gente che condanna i propri parenti alla sofferenza sbattendosene delle loro volontà. Io lo sapevo cosa fare quando è toccato a mia madre, ma me lo avete impedito e non ve lo perdonerò mai».

Il secondo è più breve e riguarda la madre di un'altra persona. Unisce altri temi che riguardano la sfera del ristretto della persona, ma credo che il senso delle parole di queste poche righe lo dicano in modo molto chiaro. Ed è rivolta alla foto che vi ho fatto vedere prima, quella del cartellone della madre disabile: «Se fosse stata mia mamma avrei preferito ricordare la donna che mi disse 'ma che me ne frega se sei gay, a me interessa se studi' quando feci *coming out* a sedici anni, e non quel mucchio d'ossa inebetito di trenta chili. Ma è morta come volevate voi, tra atroci dolori».

## Elisabetta Canitano

Presidente dell'associazione Vita di donna, ginecologa

### Che cosa chiamiamo “vita”: per un fine vita con dignità

Grazie di avermi invitato, grazie della presentazione. Sono tra le socie fondatrici dell'associazione Differenza Donna, che si occupa di violenza sulle donne. Mi occupo con l'associazione Vita di Donna, da tanto tempo, della legge 194.

Abbiamo visto questa campagna contro il suicidio assistito sostenuta dal portale *CitizenGo*, dagli stessi gruppi che hanno diffuso i grandi manifesti con l'immagine dell'embrione scrivendo «Tu eri così» per colpevolizzare le donne che scelgono di interrompere la gravidanza.

Vorrei sottolineare questa coincidenza prima, e poi vorrei fare un discorso sul suicidio assistito. Perché giustamente qualcuno diceva «le parole sono importanti» e non è facile capire quello che succede davvero.

Valentina Milluzzo, donna siciliana di 32 anni, è stata uccisa dai pro-vita perché nessuno l'ha avvisata che aveva diritto ad abortire: è stata lasciata 17 giorni senza cure adeguate finché ha avuto una sepsi. In Irlanda è morta così Savita Halappanavar, una dottoressa di origine indiana. È morta una donna polacca alla quale sono state rifiutate le cure per il suo carcinoma del colon. È morta in una situazione simile una cardiopatica neozelandese.

Perché questo fantomatico embrione - noi non parliamo di “bambini” che possono sopravvivere perché questi sono embrioni che non possono sopravvivere, ricordiamo che le loro madri muoiono con loro - sembra avere degli ipotetici diritti e così si considera plausibile che una donna muoia per non intervenire attivamente su un embrione che non potrà nemmeno sopravvivere.

Ora la domanda è: si può fare questa cosa legalmente in Italia? No, non si può fare. La legge dice che questa cosa non si può fare, però questa cosa succede tutti i giorni, viene fatta tutte le mattine questa cosa.

L'ultima donna che è stata dimessa dal Policlinico Gemelli, con l'aiuto della mia associazione, è stata mandata a casa perché (i particolari sanitari non sono importanti) si aggravasse a casa sua e il Policlinico Gemelli non fosse obbligato a procurare un aborto per proteggere la sua vita.

Nonostante, ripeto, la legge dello stato dica che la vita della donna è più importante dell'embrione. Scusate se insisto tanto perché poi mi viene detto “non è possibile, non è vero, la legge dice che non lo possono fare”, ma in Italia la legge non sempre dice quello che poi accade davvero, per questo sono così accorata.

Noi parliamo di leggi ma, come diceva giustamente l'onorevole Sarli, siamo in grado di dire dove queste leggi vengono applicate e da chi? Il cittadino cosa ne sa di queste leggi?

Una cosa sulle *fake news*. In Francia c'è una legge contro le *fake news* sull'aborto, perché le associazioni come *CitizenGo* usano un trucco: creano dei siti che vengono raggiunti molto più rapidamente dei veri siti di informazione. Per cui si digita la parola “aborto” - come suppongo si digiti “suicidio assistito”, è uguale, le questioni vanno insieme - ed il primo sito che esce dice che ti verrà in cancro della mammella o che se abortirai ti suiciderai. In Francia c'è una legge che vieta questo, quindi forse

qualcosa si può fare.

Mi piacerebbe ricordare che le Nazioni Unite hanno definito lo stupro un'arma di guerra solo in cambio della rinuncia a scrivere che le donne dovevano essere assistite. Perché il presidente degli Usa Donald Trump, parafrasando, ha detto: "io non firmo se voi non togliete quella clausola". Perché non vogliono che abortiscano dopo uno stupro di guerra. Inoltre girava questa notizia che nello stato di New York sarebbe consentito l'aborto fino al nono mese di gravidanza. Ma in realtà è consentito mettere la vita della donna davanti alla vita dell'embrione. Volete che muoia la madre o l'embrione? Forse le donne hanno questo diritto di non morire.

Fatto tale quadro, sul suicidio assistito voglio dire questa cosa. I malati di Sla vengono affidati, fra l'altro, al Policlinico Gemelli. Ultimamente hanno ricevuto 1,2 milioni di euro in fondi pubblici. Noi abbiamo dei centri laici, però 1,2 milioni di euro li ha presi il Gemelli, dove abbiamo un capo anestesista che ha già detto che non applicherà niente che contraddica la religione cristiana.

Dopodiché abbiamo l'esimio collega Mario Sabatelli, primario del Gemelli, che ha detto che non intuberà i malati contro la loro volontà: ci mancherebbe altro, come potrebbe intubarli contro la loro volontà? È il minimo, nessuno può essere sottoposto ad un trattamento sanitario contro la propria volontà. E, qualora ne dessero assenso, smetterà di intubarli se si pentono. Ma anche questo è ovvio: va sospesa la terapia contro la quale il paziente si esprime. Il *vulnus* è un altro: il professor Sabatelli ci dice che solo l'1-2% rifiuta la mascherina non invasiva per la ventilazione artificiale. Secondo dati del Policlinico Gemelli, non raccolti e non validati. Quando incontreranno questi pazienti l'equipe del suicidio assistito o per la morte volontaria? Quando potranno, se lo desiderano, uscire da questo vero e proprio braccio della morte, senza essere torturati ulteriormente?

Le leggi e l'etica parlano chiaro: si discute con il paziente sulla possibilità di mettere in atto terapie straordinarie come la ventilazione artificiale, attraverso una mascherina non invasiva o invece un tubo nella gola, la famosa "tracheostomia".

Le dichiarazioni di Sabatelli sono un inno a papa Bergoglio, sono infarcite di citazioni del Vangelo. Noi siamo sicuri che i suoi pazienti avranno accesso al suicidio assistito? Perché, quando molti dei nostri giornali laici hanno inneggiato - perché ho dato un'occhiata in giro come vecchia esperta del "legifero una cosa poi ne succede un'altra" - al fatto che anche l'Università Cattolica è per l'eutanasia, i giornali cattolici hanno risposto che non se ne parla nemmeno, che non abbiamo capito niente, che il Policlinico Gemelli non intuba perché non fa trattamenti sanitari contro la volontà del paziente, come da legge. Sabatelli dice "muoiono quando vogliono", ma non è affatto vero che i malati di Sla avranno accesso al suicidio assistito.

Allora io, da esterna ma da grande conoscitrice di quello che succede davvero ai corpi delle persone, penso che l'onorevole Doriana Sarli avesse ragione quando diceva che "noi, in quanto parlamentari, facciamo la legge, ma dove la applichiamo e come l'applichiamo?" Chi si fa garante di queste volontà se non non riusciamo neanche a dire alle donne che rischiano di morire per un embrione: "Guardi, forse se abortisse sarebbe meglio, poi decida lei, ma potrebbe anche morire per questa gravidanza". Non riusciamo nemmeno a dire questo. È una osservazione sulla quale vi chiedo di riflettere.

Volevo aggiungere solo un'osservazione su quanto affermato dall'onorevole e collega Giorgio Trizzino, che ora non c'è e mi dispiace, perché lui dice: "siamo sicuri che vogliamo farglielo fare a loro, ai pazienti?" Ed è una cosa che da medico mi commuove moltissimo. Come associazione Vita di Donna abbiamo avuto una richiesta di aiuto (riceviamo in media 10/15 telefonate al giorno da tutta Italia) da una donna lombarda, evidentemente religiosa e con sette figli, che aveva avuto un aborto terapeutico. Le era stato detto "si metta l'ovulo che procura l'aborto" e lei aveva ricevuto un trauma insopportabile da questa cosa. Avrebbe voluto dire al medico: "io lo decido, per favore fallo tu, perché io lo decido ma non lo voglio fare". E qui è importante come medici stare vicini, stare al fianco, stare insieme alla persona. Ma in genere noi medici ci tiriamo indietro. Diciamo: "no, hai deciso e lo fai tu". Forse dobbiamo pensare questo: "io lo decido e tu lo fai". Allora non è soltanto libertà ma anche collaborazione.

## Michela Macchetti

### Una toccante testimonianza sul suicidio

È da questa mattina che sto assistendo a questi i vostri interventi. Il tema è: «Il suicidio medicalmente assistito: un'urgenza non più rimandabile». Vi parlo così, a braccio, perché questa cosa mi tocca, mi tocca nel profondo.

Dieci anni fa mio marito ha deciso di interrompere la sua vita, suicidandosi. Dico questa cosa oggi perché mi piacerebbe far arrivare alle persone l'impatto che questo suicidio ha avuto sulle persone che erano attorno a lui, sui familiari più stretti, ma anche su tutta la gente del paese. Perché un suicidio è un gesto tragico e porta comunque anche tanta sofferenza, anche in tanta altra gente. Per un certo periodo gli insegnanti delle scuole dei miei figli – abbiamo tre figli, avevamo tre figli, due alle elementari e una alle medie – non sapevano come affrontare in paese questa cosa, cosa da dire agli altri alunni.

Quindi c'era l'insegnante che diceva “il papà di Pietro, Davide e Greta è caduto da una pianta” e mio marito si è suicidato *impiccandosi* a una pianta. Anche le persone, altre insegnanti, le presidi non sapevano veramente come agire. Per un certo periodo i miei figli non sono stati più i figli di Michela e Francesco. Quando camminavano erano così additati: “ah, quelli sono i figli di quello che si è impiccato”. Se io portavo i figli al parco non ero più Michela la moglie di Francesco: ero “ah, quella è la moglie di quello che si è impiccato”.

Per me non è stata una sorpresa a ciel sereno questa morte di mio marito. Molte volte lui me ne parlava, stava male da quattro-cinque anni. Bisogna entrare nel cuore e nella mente di un uomo, un uomo che ai tempi aveva 44 anni, alto, bello, giovane e vedeva che le sue forze non erano più le stesse. Quindi non era più uomo, marito, amante. Faceva fatica ad essere padre di questi figlioli e quante volte mi diceva: “sai, vorrei interrompere...”.

Ecco io adesso a volte, col senno di poi, penso: se ci fosse stato un qualche cosa che poteva aiutarlo in questa situazione, un qualcosa di legalizzato, poteva entrare in una qualche clinica. Magari ai miei figlioli avrei detto “papà sta poco bene, vedremo come andrà”. Io lo so benissimo come è andato quel giorno e di come io sia andata a cercarlo e cercarlo, e cosa ho dovuto dire questi tre figlioli.

Mi piacerebbe davvero che la società e le istituzioni pubbliche che devono legiferare entrassero in queste cose così concrete della vita quotidiana. Concludo il mio intervento dicendovi che ho voluto parlarvene oggi perché oggi c'è questo convegno: oggi Francesco compirebbe 55 anni. Grazie.

## **Maurizio Mori**

Presidente della Consulta di bioetica onlus, componente del Centro studi Politeia, docente presso l'Università degli Studi di Torino

### **Brevi conclusioni**

Siamo qui a trarre alcune conclusioni delle tantissime cose che abbiamo trattato. È stata una giornata molto ricca con tantissimi spunti di discussione e proposte. Non riuscirò a toccarli tutti né a essere esaustivo: mi scuso con coloro che non saranno citati, ma la cosa non è affatto voluta. Per un verso gli interventi sono stati molti e tutti densi e interessanti, e per l'altro ho avuto poco tempo per coordinare le linee di questo discorso. Mi sono preso alcuni appunti, ma abbiamo cominciato i nostri lavori stamattina prima delle 11:00 e ora sono quasi le 18:00. Possiamo essere contenti per l'elevato livello culturale degli interventi e per il successo sul piano intellettuale. L'ultima testimonianza di Michela Machetti, non prevista quanto toccante, ha completato e arricchito il quadro degli approfondimenti teorici: la ringrazio per la positiva carica emotiva trasmessa e per la capacità di riuscire a passare dal personale al politico – come si sarebbe detto qualche anno fa. La coincidenza dell'anniversario rende la testimonianza ancora più pregnante e significativa. Grazie Michela per il contributo dato a questo convegno!

Il primo punto che mi pare sia emerso e che è stato anche sottolineato nel nostro appello, è la novità del suicidio medicalmente assistito che comporta una forma di socializzazione dell'uscita dalla vita, rispetto al suicidio che chiamo “tradizionalmente inteso”. Questo è forse il punto fondamentale che sta alla base della nostra richiesta. Infatti, il suicidio tradizionalmente inteso è caratterizzato da un elemento di estrema solitudine: chi lo mette in atto fa tutto da solo, prepara l'occorrente di nascosto e il gesto giunge improvviso, imprevisto e inaspettato, così da mostrare tutta la sua potenza distruttiva contro gli altri. Il suicidio tradizionalmente inteso è per lo più un gesto fatto contro la socialità e i propri consociati, è un gesto di protesta e una sorta di ripicca perpetrata a danno dei restanti, quasi per suscitare “sensi di colpa”. Forse anche per questo ci appare tanto riprovevole. Se, però, la pratica fosse socializzata, allora la situazione cambierebbe. La socializzazione comporta la possibilità di dibattito, di una valutazione comune e anche di una possibile revisione della posizione iniziale: per questo l'assistenza al suicidio cambia la natura del suicidio stesso.

Il secondo punto emerso a più riprese riguarda la distinzione tra suicidio e eutanasia. Il tema è stato trattato da molti, sia studiosi come Savarino, sia politici come Sarli e Mantero. Anch'io stamattina avevo cercato di dire qualcosa e qui ora posso aggiungere qualche considerazione generale partendo dalla scelta fatta dal Comitato nazionale per la bioetica, di cui faccio parte, di concentrare l'attenzione sul suicidio (mettendo in secondo piano l'eutanasia). Non ho dissentito per non creare ulteriori problemi ai tanti che abbiamo affrontato, e sostenere il non facile compromesso raggiunto. La scelta è stata discussa e mi pare che nel contesto specifico sia anche ragionevole e abbia una sua validità.

Riconosciuto questo, voglio precisare che la differenza tra suicidio e eutanasia sta solo nel fatto che nel suicidio l'atto finale che procura la morte è compiuto dall'interessato, mentre nell'eutanasia è

compiuto da un terzo su richiesta esplicita dell'interessato. Ci possono essere ragioni di carattere legale e pratico (concernenti la certezza della volontarietà dell'atto) a favore del suicidio, ma da un punto di vista morale credo che l'eutanasia sia preferibile al suicidio. In altre parole, data la certezza della richiesta avanzata (e penso che ci siano strumenti sicuri per garantirla) l'eutanasia sembra migliore del suicidio. Al riguardo adduco il seguente argomento, che nasce dalla riflessione su un caso concreto, quello di Brittany Maynard, la giovane californiana che nel 2014 commosse il mondo e i suoi concittadini: Brittany aveva un tumore cerebrale di cui si conosce il decorso. Aveva tentato tutto il possibile, ma avendo la malattia vinto è andata a fare un viaggio al Grand Canyon con il marito e i familiari e aveva annunciato che il primo novembre avrebbe proceduto al suicidio assistito in Oregon, dove si era trasferita proprio per poter usufruire di quest'opportunità vietata nel suo stato: la California. Ebbene, il giorno prima aveva notato una sorta di miglioramento, e quindi sperava in una temporanea remissione della malattia, per cui aveva annunciato che avrebbe posticipato l'ultimo gesto. Invece, nel pomeriggio del primo novembre ebbe una ricaduta e allora contrariamente a quanto previsto ha fatto in modo che si procedesse subito a chiudere la partita. Il motivo è stato che avrebbe potuto perdere la capacità di compiere lei stessa l'ultimo gesto e, se ciò fosse avvenuto, nessuno più avrebbe potuto aiutarla, e avrebbe dovuto subire giorni e giorni di agonia non voluta. Per questo ha pensato bene di utilizzare quell'ultimo spazio di capacità per utilizzare quanto ammesso dalla legislazione dell'Oregon. Se, però, fosse stata lecita l'eutanasia, Brittany avrebbe potuto attendere ancora qualche tempo: non sappiamo quanto, ma supponiamo che la crisi del pomeriggio del primo novembre fosse passeggera. È un'ipotesi di scuola, ma accettiamola per ragioni di studio: supponiamo che solo un giorno o due giorni dopo sarebbe arrivata quella definitiva. Nel caso di liceità dell'eutanasia, cioè dell'aiuto da parte di terzi, Brittany avrebbe potuto attendere ancora e continuare a vivere fino all'esaurimento totale delle capacità, confidando sull'aiuto di altri per la chiusura dignitosa della vita. In altre parole, il suicidio assistito in certe situazioni può richiedere all'interessato un'azione *in anticipo*, togliendogli spazio vitale. Se, invece, fosse lecita l'eutanasia potrebbe davvero attendere fino all'ultimo. In questo senso, anche un *pro life* dovrebbe preferire l'eutanasia al suicidio assistito, perché la prima fornisce maggiori garanzie di poter vivere fino alla fine.

Qui tuttavia si presenta un altro problema: quello concernente il significato di "vivere fino alla fine". Infatti che tipo di vita è quella che si può avere nelle fasi finali? A questo proposito si deve prendere atto che negli ultimi anni quella che chiamo la «Rivoluzione biomedica» ci ha portato a dire che il termine "vita" è troppo generale e che richiede precisazioni. In particolare, noi dobbiamo distinguere tra la «vita meramente biologica» e la «vita biografica». Con vita meramente biologica si intende il processo metabolico e di carattere bio-chimico organico che caratterizza il vivere e che vediamo nei casi di stato vegetativo permanente e nelle fasi iniziali dell'esistenza. La vita biografica, invece, è quel processo che presenta sensazioni, aspirazioni, attese, progetti, memorie e via dicendo. In breve, la vita biografica è quella che noi generalmente chiamiamo "vita", mentre per l'altra abbiamo espressioni strane, come per esempio "vita che non è vita" e via dicendo.

La distinzione tracciata è concettualmente feconda, perché fa emergere subito una considerazione

fattuale importante: una biografia ha degli alti e dei bassi, ossia dei momenti felici (positivi) e altri infelici (negativi). Questa considerazione di fatto ci porta a dire prima di tutto che è la vita biografica buona ad avere valore intrinseco ossia a essere apprezzabile in sé. La vita meramente biologica ha valore strumentale, in quanto costituisce la base di sostegno delle biografie. Viene da chiedersi se esistano situazioni di vita meramente biologica e che valore esse abbiano, soprattutto quando queste non siano state volute o auspiccate dall'interessato quando era biograficamente attivo. Nella stessa linea viene da chiedersi anche se siano possibili, e si diano davvero, situazioni in cui la biografia è solo negativa senza più speranza di superare la soglia della positività e tornare alla vita buona. Questo ci porta a riflettere sul significato del dolore, una questione su cui gli interventi di Carlo Flamigni nella mattinata e Enrico Coveri nel pomeriggio hanno richiamato con forza l'attenzione. La risposta che è data da un'etica laica ai due problemi sopra ricordati è che le tecniche biomediche hanno reso possibili queste due diverse figure, e che esse ormai possono presentarsi anche con una discreta frequenza: la situazione di stato vegetativo permanente è l'emblema della prima, e le situazioni di "accanimento terapeutico" della seconda. So benissimo che l'espressione "accanimento terapeutico" è giornalistica e smentita dalla gran parte degli operatori, ma di fatto rende bene una realtà che, purtroppo, ancora si verifica nelle fasi finali della vita. In questo senso, le figure sopra ricordate sono emblematiche di quella che chiamo la «situazione infernale», ossia una situazione di sofferenza positiva o di contrasto con desideri precedentemente espressi (nel caso che chi si trovasse nella condizione di vita meramente biologica avesse espresso preferenze in tal senso).

Il terzo punto che mi pare sia emerso è l'esigenza di promuovere un'etica laica adatta alle nuove situazioni rese possibili dalla Rivoluzione biomedica: per la prima volta nella storia la secolarizzazione ha diffuso a livello di massa un nuovo atteggiamento laico. Le nuove capacità tecniche di controllo della vita biologica hanno completato l'opera e creato le condizioni concrete per lo sviluppo di una nuova etica che ragioni *etsi deus non daretur*. Questo non significa negare l'eventuale esistenza di una divinità, ma essa è estranea allo spazio pubblico e non informa più né le leggi né tantomeno gli ideali morali.

Il convegno è esempio di quest'impegno per la costruzione di un'etica laica almeno per quanto riguarda la fine della vita: compito non facile, perché richiede attenzione alle diverse sfumature e ai diversi ambiti dell'esistenza. Non basta un'intuizione positiva o anche geniale per lanciare una nuova etica, che richiede sistematicità e costanza. Non bisogna dimenticare, poi, che le idee invalse tendono a riproporsi sotto diverse spoglie, e che le conquiste civili non sono per sempre né durature. Noi ci lamentiamo spesso che i sostenitori delle tradizionali etiche religiose, in Italia la Chiesa cattolica, intervengano pesantemente nel riproporre le loro tesi. In un senso abbiamo ragione, perché ci vorrebbe misura e rispetto per le posizioni altrui, non foss'altro per evitare toni analoghi. In un altro senso, le lamentele suscitano perplessità perché i nostri *competitor* non fanno altro che il loro mestiere, che è quello di riproporre e rassicurare che l'etica religiosa è florida e continua a vincolare le coscienze.

A fronte di questa situazione, l'impegno di chi promuove un'etica laica è quella di lanciare proposte migliori sia sul piano valoriale che su quello argomentativo. In questa direzione si muove l'idea

sopra suggerita circa la valorizzazione fino alla fine delle vite biografiche buone: un aspetto che porta a sostenere quanto affermato dal titolo del nostro convegno, ossia che non è «più rimandabile» l'esigenza etica del suicidio medicalmente assistito. Quest'aspetto è emerso in molti interventi e costituisce l'ordito dell'intera iniziativa.

Sottolineo che l'esigenza in questione è *etica* oltre che giuridica per l'ultima considerazione che intendo proporre. Non dobbiamo essere timorosi nell'uso del termine *etica*, quasi riprendendo la tesi classica che i laici si occupano del diritto e lasciano l'etica alle prospettive religiose. No! Direi proprio che come laici dobbiamo riprenderci l'etica, ed essere orgogliosi di poter proporre un'etica migliore di quella religiosa adatta ai nostri tempi, un'etica che è migliore perché promuove meglio l'autorealizzazione delle persone. Mi pare che questo convegno abbia abbondantemente mostrato il punto almeno nelle situazioni concernenti la fine della vita e il suicidio medicalmente assistito. Su questo abbiamo cominciato bene, e speriamo che la Corte costituzionale avalli i nostri contributi, così da rendere questo nostro convegno la base di partenza per la costruzione di un'etica laica di più ampio respiro e capace di svilupparsi in tutti gli ambiti rilevanti. Con quest'auspicio chiudo il convegno.

## Sentenza della Corte costituzionale n. 207/2018

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori: Presidente: Giorgio LATTANZI; Giudici : Aldo CAROSI, Marta CARTABIA, Mario Rosario MORELLI, Giancarlo CORAGGIO, Giuliano AMATO, Silvana SCIARRA, Daria de PRETIS, Nicolò ZANON, Franco MODUGNO, Augusto Antonio BARBERA, Giulio PROSPERETTI, Giovanni AMOROSO, Francesco VIGANÒ, Luca ANTONINI,

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, promosso dalla Corte di assise di Milano, nel procedimento penale a carico di M. C., con ordinanza del 14 febbraio 2018, iscritta al n. 43 del registro ordinanze 2018 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 11, prima serie speciale, dell'anno 2018.

Visti l'atto di costituzione di M. C., nonché gli atti di intervento del Presidente del Consiglio dei ministri, del Centro Studi "Rosario Livatino", della libera associazione di volontariato "Vita è" e del Movimento per la vita italiano;

udito nella udienza pubblica del 23 ottobre 2018 il Giudice relatore Franco Modugno;

uditi gli avvocati Simone Pillon per la libera associazione di volontariato "Vita è", Mauro Ronco per il Centro Studi "Rosario Livatino", Ciro Intino per il Movimento per la vita italiano, Filomena Gallo e Vittorio Manes per M. C. e l'avvocato dello Stato Gabriella Palmieri per il Presidente del Consiglio dei ministri.

Ritenuto in fatto

1.- Con ordinanza del 14 febbraio 2018, la Corte d'assise di Milano ha sollevato questioni di legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale:

a) «nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio in alternativa alle condotte di istigazione e, quindi, a prescindere dal loro contributo alla determinazione o al rafforzamento del proposito di suicidio», per ritenuto contrasto con gli artt. 2, 13, primo comma, e 117 della Costituzione, in relazione agli artt. 2 e 8 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con legge 4 agosto 1955, n. 848;

b) «nella parte in cui prevede che le condotte di agevolazione dell'esecuzione del suicidio, che non incidano sul percorso deliberativo dell'aspirante suicida, siano sanzionabili con la pena della reclusione da 5 a 10 [recte: 12] anni, senza distinzione rispetto alle condotte di istigazione», per ritenuto contrasto con gli artt. 3, 13, 25, secondo comma, e 27, terzo comma, Cost.

Con riguardo alle questioni sub a), il riferimento all'art. 3 (anziché all'art. 2) Cost. che compare nel

dispositivo dell'ordinanza di rimessione deve considerarsi frutto di mero errore materiale, alla luce del tenore complessivo della motivazione e delle «[c]onclusioni» che precedono immediatamente il dispositivo stesso.

Secondo quanto riferito dal giudice a quo, le questioni traggono origine dalla vicenda di F. A., il quale, a seguito di un grave incidente stradale avvenuto il 13 giugno 2014, era rimasto tetraplegico e affetto da cecità bilaterale corticale (dunque, permanente). Non era autonomo nella respirazione (necessitando dell'ausilio, pur non continuativo, di un respiratore e di periodiche asportazioni di muco), nell'alimentazione (venendo nutrito in via intraparietale) e nell'evacuazione. Era percorso, altresì, da ricorrenti spasmi e contrazioni, produttivi di acute sofferenze, che non potevano essere completamente lenite farmacologicamente, se non mediante sedazione profonda. Conservava, però, intatte le facoltà intellettive.

All'esito di lunghi e ripetuti ricoveri ospedalieri e di vari tentativi di riabilitazione e di cura (comprensivi anche di un trapianto di cellule staminali effettuato in India nel dicembre 2015), la sua condizione era risultata irreversibile. Aveva perciò maturato, a poco meno di due anni di distanza dall'incidente, la volontà di porre fine alla sua esistenza, comunicandola ai propri cari. Di fronte ai tentativi della madre e della fidanzata di dissuaderlo dal suo proposito, per dimostrare la propria irremovibile determinazione aveva intrapreso uno "sciopero" della fame e della parola, rifiutando per alcuni giorni di essere alimentato e di parlare.

Di seguito a ciò, aveva preso contatto nel maggio 2016, tramite la propria fidanzata, con organizzazioni svizzere che si occupano dell'assistenza al suicidio: pratica consentita, a certe condizioni, dalla legislazione elvetica.

Nel medesimo periodo, era entrato in contatto con M. C., imputato nel giudizio a quo, il quale gli aveva prospettato la possibilità di sottoporsi in Italia a sedazione profonda, interrompendo i trattamenti di ventilazione e alimentazione artificiale.

Di fronte al suo fermo proposito di recarsi in Svizzera per il suicidio assistito, l'imputato aveva accettato di accompagnarlo in automobile presso la struttura prescelta. Inviata a quest'ultima la documentazione attestante le proprie condizioni di salute e la piena capacità di intendere e di volere, F. A. aveva infine ottenuto da essa il "benestare" al suicidio assistito, con fissazione della data. Nei mesi successivi alla relativa comunicazione, egli aveva costantemente ribadito la propria scelta, comunicandola dapprima agli amici e poi pubblicamente (tramite un filmato e un appello al Presidente della Repubblica) e affermando «di viverla come "una liberazione"».

Il 25 febbraio 2017 era stato quindi accompagnato da Milano (ove risiedeva) in Svizzera, a bordo di un'autovettura appositamente predisposta, con alla guida l'imputato e, al seguito, la madre, la fidanzata e la madre di quest'ultima.

In Svizzera, il personale della struttura prescelta aveva nuovamente verificato le sue condizioni di salute, il suo consenso e la sua capacità di assumere in via autonoma il farmaco che gli avrebbe procurato la morte. In quegli ultimi giorni, tanto l'imputato, quanto i familiari avevano continuato a restargli vicini, rappresentandogli che avrebbe potuto desistere dal proposito di togliersi alla vita, nel qual caso sarebbe stato da loro riportato in Italia.

Il suicidio era peraltro avvenuto due giorni dopo (il 27 febbraio 2017): azionando con la bocca uno stantuffo, l'interessato aveva iniettato nelle sue vene il farmaco letale.

Di ritorno dal viaggio, M. C. si era autodenunciato ai carabinieri.

A seguito di ordinanza di "imputazione coatta", adottata ai sensi dell'art. 409 del codice di procedura penale dal Giudice per le indagini preliminari del Tribunale ordinario di Milano, egli era stato tratto quindi a giudizio davanti alla Corte rimettente per il reato di cui all'art. 580 cod. pen., tanto per aver rafforzato il proposito di suicidio di F. A., quanto per averne agevolato l'esecuzione.

Il giudice a quo esclude, peraltro, la configurabilità della prima ipotesi accusatoria. Alla luce delle prove assunte nel corso dell'istruzione dibattimentale, F. A. avrebbe, infatti, maturato la decisione di rivolgersi all'associazione svizzera prima e indipendentemente dall'intervento dell'imputato.

La Corte rimettente ritiene, invece, che l'accompagnamento in auto di F. A. presso la clinica elvetica integri, in base al "diritto vivente", la fattispecie dell'aiuto al suicidio, in quanto condizione per la realizzazione dell'evento. L'unica sentenza della Corte di cassazione che si è occupata del tema ha, infatti, affermato che le condotte di agevolazione, incriminate dalla norma censurata in via alternativa rispetto a quelle di istigazione, debbono ritenersi perciò stesso punibili a prescindere dalle loro ricadute sul processo deliberativo dell'aspirante suicida (Corte di cassazione, sezione prima penale, sentenza 6 febbraio-12 marzo 1998, n. 3147).

Su questo presupposto, la Corte d'assise milanese dubita, tuttavia, della legittimità costituzionale della norma censurata, anzitutto nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio anche quando esse non abbiano contribuito a determinare o a rafforzare il proposito della vittima.

Il giudice a quo rileva come la disposizione denunciata presupponga che il suicidio sia un atto intriso di elementi di disvalore, in quanto contrario al principio di sacralità e indisponibilità della vita in correlazione agli obblighi sociali dell'individuo, ritenuti preminenti nella visione del regime fascista. La disposizione dovrebbe essere, però, riletta alla luce della Costituzione: in particolare, del principio personalistico enunciato dall'art. 2 – che pone l'uomo e non lo Stato al centro della vita sociale – e di quello di inviolabilità della libertà personale, affermato dall'art. 13; principi alla luce dei quali la vita – primo fra tutti i diritti inviolabili dell'uomo – non potrebbe essere «concepita in funzione di un fine eteronomo rispetto al suo titolare». Di qui, dunque, anche la libertà della persona di scegliere quando e come porre termine alla propria esistenza.

Il diritto all'autodeterminazione individuale, previsto dall'art. 32 Cost. con riguardo ai trattamenti terapeutici, è stato, d'altronde, ampiamente valorizzato prima dalla giurisprudenza e poi dal legislatore, con la recente legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento), che sancisce l'obbligo di rispettare le decisioni del paziente, anche quando ne possa derivare la morte.

La conclusione sarebbe avvalorata, inoltre, dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo. Essa avrebbe conosciuto una evoluzione, il cui approdo finale sarebbe rappresentato dall'esplicito riconoscimento, sulla base degli artt. 2 e 8 CEDU (che riconoscono e garantiscono, rispettivamente, il diritto alla vita e il diritto al rispetto della vita privata), del diritto di ciascun individuo «di decidere con quali mezzi e a che punto la propria vita finirà».

A fronte di ciò, il bene giuridico protetto dalla norma denunciata andrebbe oggi identificato, non già nel diritto alla vita, ma nella libertà e consapevolezza della decisione del soggetto passivo di porvi fine, evitando influssi che alterino la sua scelta.

In quest'ottica, la punizione delle condotte di aiuto al suicidio che non abbiano inciso sul percorso deliberativo della vittima risulterebbe ingiustificata e lesiva degli artt. 2, 13, primo comma, e 117 Cost. In tale ipotesi, infatti, la condotta dell'agevolatore rappresenterebbe lo strumento per la realizzazione di quanto deciso da un soggetto che esercita una libertà costituzionale, risultando quindi inoffensiva.

La Corte d'assise milanese censura, per altro verso, la norma denunciata nella parte in cui punisce le condotte di aiuto al suicidio, non rafforzative del proposito dell'aspirante suicida, con la stessa severa pena – reclusione da cinque a dieci [recte: dodici] anni – prevista per le condotte di istigazione, da ritenere nettamente più gravi.

La disposizione violerebbe, per questo verso, l'art. 3 Cost., unitamente al principio di proporzionalità della pena al disvalore del fatto, desumibile dagli artt. 13, 25, secondo comma, e 27, terzo comma, Cost.

2.– È intervenuto il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, il quale ha eccepito, in via preliminare, l'inammissibilità delle questioni sotto plurimi profili, deducendone, in ogni caso, l'infondatezza nel merito.

3.– Si è costituito altresì l'imputato nel giudizio a quo, il quale, con memoria integrativa – contestata la fondatezza delle eccezioni di inammissibilità – ha rilevato come, di là dalla generica formulazione del petitum, le questioni debbano ritenersi radicate sul caso di specie: prospettiva nella quale ha chiesto – sulla base di articolate considerazioni – che l'art. 580 cod. pen. sia dichiarato illegittimo «nella parte in cui punisce la condotta di chi abbia agevolato l'esecuzione della volontà, liberamente formatasi, della persona che versi in uno stato di malattia irreversibile che produce gravi sofferenze, sempre che l'agevolazione sia strumentale al suicidio di chi, alternativamente, avrebbe potuto darsi la morte rifiutando i trattamenti sanitari»; ovvero, in subordine, «nella parte in cui prevede che le condotte di agevolazione al suicidio che non abbiano inciso sulla formazione del proposito suicidario siano punite allo stesso modo della istigazione al suicidio».

Nella memoria per l'udienza, la parte costituita ha prospettato anche la possibilità di un superamento dei problemi di costituzionalità denunciati a mezzo di una sentenza interpretativa di rigetto.

4.– Con ordinanza pronunciata all'udienza pubblica del 23 ottobre 2018 questa Corte ha dichiarato inammissibili gli interventi ad opponendum del Centro Studi “Rosario Livatino”, della libera associazione di volontariato “Vita è” e del Movimento per la vita italiano.

Considerato in diritto

1.– La Corte d'assise di Milano dubita della legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, che prevede il reato di istigazione o aiuto al suicidio, sotto due distinti profili.

Da un lato, pone in discussione il perimetro applicativo della disposizione censurata, lamentando che essa incrimini anche le condotte di aiuto al suicidio che non abbiano contribuito a determinare o a rafforzare il proposito della vittima. Dall'altro, contesta il trattamento sanzionatorio riservato a

tali condotte, dolendosi del fatto che esse siano punite con la medesima, severa pena prevista per le più gravi condotte di istigazione.

Il giudice a quo non pone alcun rapporto di subordinazione espressa tra le questioni. Esso è, però, in re ipsa. Appare, infatti, evidente che le censure relative alla misura della pena hanno un senso solo in quanto le condotte avute di mira restino penalmente rilevanti: il che presuppone il mancato accoglimento delle questioni intese a ridefinire i confini applicativi della fattispecie criminosa.

2.- Ciò puntualizzato, le eccezioni di inammissibilità formulate dal Presidente del Consiglio dei ministri non sono fondate.

Contrariamente a quanto sostenuto dall'Avvocatura generale dello Stato, la circostanza che il giudice a quo abbia già escluso che, nella specie, il comportamento dell'imputato sia valso a rafforzare il proposito di suicidio della vittima non rende le questioni irrilevanti. Queste ultime poggiano, infatti, sulla premessa ermeneutica che l'agevolazione del suicidio sia repressa anche se non influente sul percorso deliberativo del soggetto passivo e mirano proprio a denunciare l'illegittimità costituzionale di una simile disciplina.

Si tratta, a ben vedere, di una premessa corretta. La soluzione interpretativa di segno inverso risulterebbe, in effetti, in contrasto con la lettera della disposizione, poiché si tradurrebbe in una interpretatio abrogans. Nel momento stesso in cui si ritenesse che la condotta di agevolazione sia punibile solo se generativa o rafforzativa dell'intento suicida, si priverebbe totalmente di significato la previsione – ad opera della norma censurata – dell'ipotesi dell'aiuto al suicidio, come fattispecie alternativa e autonoma («ovvero») rispetto a quella dell'istigazione.

Ciò è sufficiente ad escludere che possa ritenersi fondata l'ulteriore eccezione formulata dall'Avvocatura generale dello Stato, di inammissibilità delle questioni perché finalizzate a conseguire un avallo interpretativo e non precedute dal doveroso tentativo di interpretazione conforme a Costituzione della disposizione denunciata. Come affermato più volte da questa Corte, l'onere di interpretazione conforme viene meno, lasciando il passo all'incidente di costituzionalità, allorché il tenore letterale della disposizione non consenta tale interpretazione (ex plurimis, sentenze n. 268 e n. 83 del 2017, n. 241 e n. 36 del 2016, n. 219 del 2008). In quest'ottica, non influisce, dunque, sull'ammissibilità delle questioni la circostanza che il presupposto ermeneutico su cui esse poggiano risulti recepito, per affermazione della stessa Corte rimettente, in un'unica pronuncia resa da una sezione semplice della Corte di cassazione (la sola in argomento: Corte di cassazione, sezione prima penale, sentenza 6 febbraio-12 marzo 1998, n. 3147); pronuncia che, proprio perché isolata, non sarebbe di per sé idonea a determinare – contrariamente a quanto ritiene il giudice a quo – la formazione di un "diritto vivente" (ex plurimis, sentenze n. 223 del 2013 e n. 258 del 2012, ordinanza n. 139 del 2011).

3.- Ugualmente infondata – in rapporto al petitum del giudice a quo – è la conclusiva eccezione dell'Avvocatura generale dello Stato, di inammissibilità delle questioni per avere la Corte rimettente richiesto una pronuncia manipolativa in materia rimessa alla discrezionalità del legislatore – come quella dell'individuazione dei fatti da sottoporre a pena – in assenza di una soluzione costituzionalmente obbligata.

Al riguardo, va osservato che il giudice a quo chiede, in via principale, a questa Corte di rendere

penalmente irrilevante l'agevolazione dell'altrui suicidio che non abbia inciso sulla decisione della vittima, a prescindere da ogni riferimento alle condizioni personali del soggetto passivo e alle ragioni del suo gesto: il che equivarrebbe, nella sostanza, a rimuovere la fattispecie criminosa dell'aiuto al suicidio, facendola ricadere integralmente in quella dell'istigazione. Di là dalla formulazione letterale del *petitum*, la Corte d'assise milanese invoca, dunque, una pronuncia a carattere meramente ablativo: pronuncia che, nella prospettiva della rimettente, rappresenterebbe una conseguenza automatica della linea argomentativa posta a base delle censure, senza implicare alcun intervento "creativo". Ad avviso del giudice a quo, infatti, gli artt. 2, 13, primo comma, e 117 della Costituzione, in riferimento agli artt. 2 e 8 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con legge 4 agosto 1955, n. 848, attribuirebbero a ciascuna persona la libertà di scegliere quando e come porre fine alla propria vita: ottica nella quale l'aiuto al suicidio prestato in favore di chi si sia autonomamente determinato nell'esercizio di tale libertà costituzionale si tradurrebbe, in ogni caso, in una condotta inoffensiva.

4.- Nel merito, la tesi della Corte rimettente, nella sua assolutezza, non può essere condivisa.

Analogamente a quanto avviene nelle altre legislazioni contemporanee, anche il nostro ordinamento non punisce il suicidio, neppure quando sarebbe materialmente possibile, ossia nel caso di tentato suicidio. Punisce, però, severamente (con la reclusione da cinque a dodici anni) chi concorre nel suicidio altrui, tanto nella forma del concorso morale, vale a dire determinando o rafforzando in altri il proposito suicida, quanto nella forma del concorso materiale, ossia agevolandone «in qualsiasi modo» l'esecuzione. Ciò, sempre che il suicidio abbia luogo o che, quantomeno, dal tentato suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima (nel qual caso è prevista una pena minore).

Il legislatore penale intende dunque, nella sostanza, proteggere il soggetto da decisioni in suo danno: non ritenendo, tuttavia, di poter colpire direttamente l'interessato, gli crea intorno una "cintura protettiva", inibendo ai terzi di cooperare in qualsiasi modo con lui.

Questo assetto non può ritenersi contrastante, di per sé, con i parametri evocati.

5.- Non è pertinente, anzitutto, il riferimento del rimettente al diritto alla vita, riconosciuto implicitamente – come «primo dei diritti inviolabili dell'uomo» (sentenza n. 223 del 1996), in quanto presupposto per l'esercizio di tutti gli altri – dall'art. 2 Cost. (sentenza n. 35 del 1997), nonché, in modo esplicito, dall'art. 2 CEDU.

Dall'art. 2 Cost. – non diversamente che dall'art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire.

Che dal diritto alla vita, garantito dall'art. 2 CEDU, non possa derivare il diritto di rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire, è stato, del resto, da tempo affermato dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, proprio in relazione alla tematica dell'aiuto al suicidio (sentenza 29 aprile 2002, *Pretty contro Regno Unito*).

6.- Neppure, d'altro canto – contrariamente a quanto sostenuto dal giudice a quo – è possibile desumere la generale inoffensività dell'aiuto al suicidio da un generico diritto all'autodeterminazione individuale, riferibile anche al bene della vita, che il rimettente fa discendere dagli artt. 2 e 13, primo

comma, Cost.

In senso contrario, va infatti rilevato come non possa dubitarsi che l'art. 580 cod. pen. – anche nella parte in cui sottopone a pena la cooperazione materiale al suicidio – sia funzionale alla protezione di interessi meritevoli di tutela da parte dell'ordinamento.

È ben vero quanto rileva il giudice a quo, e cioè che il legislatore del 1930, mediante la norma incriminatrice in esame (peraltro già presente nel previgente codice penale del 1889: art. 370), intendeva tutelare la vita umana intesa come bene indisponibile, anche in funzione dell'interesse che la collettività riponeva nella conservazione della vita dei propri cittadini. Ma è anche vero che non è affatto arduo cogliere, oggi, la ratio di tutela di una norma quale l'art. 580 cod. pen. alla luce del mutato quadro costituzionale, che guarda alla persona umana come a un valore in sé, e non come a un semplice mezzo per il soddisfacimento di interessi collettivi.

L'incriminazione dell'istigazione e dell'aiuto al suicidio – rinvenibile anche in numerosi altri ordinamenti contemporanei – è, in effetti, funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio. Essa assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere.

La circostanza, del tutto comprensibile e rispondente ad una opzione da tempo universalmente radicata, che l'ordinamento non sanziona chi abbia tentato di porre fine alla propria vita non rende affatto incoerente la scelta di punire chi cooperi materialmente alla dissoluzione della vita altrui, coadiuvando il suicida nell'attuazione del suo proposito. Condotta, questa, che – diversamente dalla prima – fuoriesce dalla sfera personale di chi la compie, innescando una relatio ad alteros di fronte alla quale viene in rilievo, nella sua pienezza, l'esigenza di rispetto del bene della vita.

Il divieto in parola conserva una propria evidente ragion d'essere anche, se non soprattutto, nei confronti delle persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita, qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto. Al legislatore penale non può ritenersi inibito, dunque, vietare condotte che spianino la strada a scelte suicide, in nome di una concezione astratta dell'autonomia individuale che ignora le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite. Anzi, è compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimuovendo, in tal modo, gli ostacoli che impediscano il pieno sviluppo della persona umana (art. 3, secondo comma, Cost.).

7.– Le medesime considerazioni ora svolte valgono, altresì, ad escludere che la norma censurata si ponga, sempre e comunque sia, in contrasto con l'art. 8 CEDU, il quale sancisce il diritto di ciascun individuo al rispetto della propria vita privata.

Nel menzionato caso *Pretty contro Regno Unito*, la Corte europea dei diritti dell'uomo ha, in effetti, dichiarato che il divieto, penalmente sanzionato, di assistere altri nel suicidio costituisce

un'interferenza con il diritto in questione: diritto che comporta in linea di principio – e salvo il suo necessario bilanciamento con interessi e diritti contrapposti, di cui si dirà poco oltre – il riconoscimento all'individuo di una sfera di autonomia nelle decisioni che coinvolgono il proprio corpo, e che è a sua volta un aspetto del più generale diritto al libero sviluppo della propria persona. Tale affermazione è stata ulteriormente esplicitata dalla Corte in plurime occasioni successive, nelle quali i giudici di Strasburgo hanno affermato – ancora in riferimento a casi in cui i ricorrenti si dolevano di altrettanti ostacoli frapposti dallo Stato resistente al proprio diritto di ottenere un aiuto a morire a traverso la somministrazione di farmaci letali – che il diritto di ciascuno di decidere come e in quale momento debba avere fine la propria vita, sempre che si tratti di persona capace di prendere una decisione libera e di agire in conformità a tale decisione, è uno degli aspetti del diritto alla vita privata riconosciuto dall'art. 8 CEDU (Corte EDU, sentenza 20 gennaio 2011, Haas contro Svizzera; nello stesso senso, sentenza 19 luglio 2012, Koch contro Germania, e sentenza 14 maggio 2013, Gross contro Svizzera).

In forza del paragrafo 2 dello stesso art. 8, una interferenza della pubblica autorità nell'esercizio di tale diritto è possibile solo se prevista dalla legge e necessaria, «in una società democratica», per gli scopi ivi indicati, tra i quali rientra «la protezione dei diritti e delle libertà altrui». Per consolidata giurisprudenza della Corte di Strasburgo, il concetto di necessità implica, altresì, che l'interferenza debba risultare proporzionata al legittimo scopo perseguito.

A questo riguardo, la Corte europea dei diritti dell'uomo ha, peraltro, riconosciuto agli Stati un ampio margine di apprezzamento, sottolineando a più riprese come incriminazioni generali dell'aiuto al suicidio siano presenti nella gran parte delle legislazioni degli Stati membri del Consiglio d'Europa (Corte EDU, sentenza 29 aprile 2002, Pretty contro Regno Unito; sentenza 20 gennaio 2011, Haas contro Svizzera; sentenza 19 luglio 2012, Koch contro Germania). E la ragione atta a giustificare, agli effetti dell'art. 8, paragrafo 2, CEDU, simili incriminazioni è stata colta proprio nella finalità – ascrivibile anche alla norma qui sottoposta a scrutinio – di protezione delle persone deboli e vulnerabili (Corte EDU, sentenza 29 aprile 2002, Pretty contro Regno Unito).

8.– Da quanto sinora osservato deriva, dunque, che l'incriminazione dell'aiuto al suicidio non può essere ritenuta incompatibile con la Costituzione.

Occorre, tuttavia, considerare specificamente situazioni come quella oggetto del giudizio a quo: situazioni inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli sviluppi della scienza medica e della tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali.

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 o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

Si tratta, infatti, di ipotesi nelle quali l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della

persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare in base all'art. 32, secondo comma, Cost. Parametro, questo, non evocato nel dispositivo nell'ordinanza di rimessione, ma più volte richiamato in motivazione.

Paradigmatica, al riguardo, la vicenda oggetto del giudizio principale, relativa a persona che, a seguito di grave incidente stradale, era rimasta priva della vista e tetraplegica, non più autonoma nella respirazione (necessitando dell'ausilio, pur periodico, di un respiratore inserito in un foro della trachea), nell'alimentazione (essendo nutrita in via intraparietale) e nell'evacuazione: conservando, però, intatte le capacità intellettive e la sensibilità al dolore. Alle sofferenze psicologiche indotte dalla drammatica condizione di cecità e di totale immobilità si accompagnavano così quelle fisiche, particolarmente acute, prodotte dagli spasmi e dalle contrazioni da cui il soggetto era quotidianamente percorso. Condizione, questa, risultata refrattaria a ogni tentativo di cura, anche sperimentale ed effettuata persino fuori dai confini nazionali.

In simili casi, la decisione di lasciarsi morire potrebbe essere già presa dal malato, sulla base della legislazione vigente, con effetti vincolanti nei confronti dei terzi, a mezzo della richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto e di contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua. Ciò, segnatamente in forza della recente legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento): legge che si autodichiara finalizzata alla tutela del diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona, nel rispetto dei principi di cui agli artt. 2, 13 e 32 Cost. e degli artt. 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (art. 1, comma 1).

La disciplina da essa recata, successiva ai fatti oggetto del giudizio principale, recepisce e sviluppa, nella sostanza, le conclusioni alle quali era già pervenuta all'epoca la giurisprudenza ordinaria – in particolare a seguito delle sentenze sui casi Welby (Tribunale ordinario di Roma, 17 ottobre 2007, n. 2049) ed Englaro (Corte di cassazione, sezione prima civile, 16 ottobre 2007, n. 21748) – nonché le indicazioni di questa Corte riguardo al valore costituzionale del principio del consenso informato del paziente al trattamento sanitario proposto dal medico: principio qualificabile come «vero e proprio diritto della persona», che «trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente, che “la libertà personale è inviolabile”, e che “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”» (sentenza n. 438 del 2008), svolgendo, in pratica, una «funzione di sintesi» tra il diritto all'autodeterminazione e quello alla salute (sentenza n. 253 del 2009).

In quest'ottica, la citata legge n. 219 del 2017 riconosce ad ogni persona «capace di agire» il diritto di rifiutare o interrompere qualsiasi trattamento sanitario, ancorché necessario alla propria sopravvivenza, comprendendo espressamente nella relativa nozione anche i trattamenti di idratazione e nutrizione artificiale (art. 1, comma 5). L'esercizio di tale diritto viene, peraltro, inquadrato nel contesto della «relazione di cura e di fiducia» – la cosiddetta alleanza terapeutica – tra paziente e medico, che la legge 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», e che coinvolge, «se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo» (art. 1, comma 2). È in particolare previsto 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 al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica». Ciò, ferma restando la possibilità per il paziente di modificare in qualsiasi momento la propria volontà (art. 1, comma 5).

In ogni caso, il medico «è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo», rimanendo, «in conseguenza di ciò, [...] esente da responsabilità civile o penale» (art. 1, comma 6).

Integrando le previsioni della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) – che tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del paziente, inserendole nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza – la legge n. 219 del 2017 prevede che la richiesta di sospensione dei trattamenti sanitari possa essere associata alla richiesta di terapie palliative, allo scopo di alleviare le sofferenze del paziente (art. 2, comma 1). Lo stesso art. 2 stabilisce inoltre, al comma 2, che il medico possa, con il consenso del paziente, ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, per fronteggiare sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari. Tale disposizione non può non riferirsi anche alle sofferenze provocate al paziente dal suo legittimo rifiuto di trattamenti di sostegno vitale, quali la ventilazione, l'idratazione o l'alimentazione artificiali: scelta che innesca un processo di indebolimento delle funzioni organiche il cui esito – non necessariamente rapido – è la morte.

9.– La legislazione oggi in vigore non consente, invece, al medico che ne sia richiesto di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti, non già ad eliminare le sue sofferenze, ma a determinarne la morte.

In tal modo, si costringe il paziente a subire un processo più lento, in ipotesi meno corrispondente alla propria visione della dignità nel morire e più carico di sofferenze per le persone che gli sono care.

Secondo quanto ampiamente dedotto dalla parte costituita, nel caso oggetto del giudizio a quo l'interessato richiese l'assistenza al suicidio, scartando la soluzione dell'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale con contestuale sottoposizione a sedazione profonda (soluzione che pure gli era stata prospettata), proprio perché quest'ultima non gli avrebbe assicurato una morte rapida. Non essendo egli, infatti, totalmente dipendente dal respiratore artificiale, la morte sarebbe sopravvenuta solo dopo un periodo di apprezzabile durata, quantificabile in alcuni giorni: modalità di porre fine alla propria esistenza che egli reputava non dignitosa e che i propri cari avrebbero dovuto condividere sul piano emotivo.

Nelle ipotesi in esame vengono messe in discussione, d'altronde, le esigenze di tutela che negli altri casi giustificano la repressione penale dell'aiuto al suicidio.

Se, infatti, il cardinale rilievo del valore della vita non esclude l'obbligo di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza tramite l'interruzione dei trattamenti sanitari – anche quando ciò richieda una condotta attiva, almeno sul piano naturalistico, da parte di terzi (quale il distacco o lo spegnimento di un macchinario, accompagnato dalla somministrazione di una sedazione profonda continua e di una terapia del dolore) – non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento – apprezzato come contrario alla propria idea di morte dignitosa – conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale.

Quanto, poi, all'esigenza di proteggere le persone più vulnerabili, è ben vero che i malati irreversibili esposti a gravi sofferenze sono solitamente ascrivibili a tale categoria di soggetti. Ma è anche agevole osservare che, se chi è mantenuto in vita da un trattamento di sostegno artificiale è considerato dall'ordinamento in grado, a certe condizioni, di prendere la decisione di porre termine alla propria esistenza tramite l'interruzione di tale trattamento, non si vede perché il medesimo soggetto debba essere ritenuto viceversa bisognoso di una ferrea e indiscriminata protezione contro la propria volontà quando si discuta della decisione di concludere la propria esistenza con l'aiuto di altri, quale alternativa reputata maggiormente dignitosa alla predetta interruzione.

Entro lo specifico ambito considerato, il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce, quindi, per limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita, senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile, con conseguente lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive (art. 3 Cost.: parametro, quest'ultimo, peraltro non evocato dal giudice a quo in rapporto alla questione principale, ma comunque sia rilevante quale fondamento della tutela della dignità umana).

10.– Al riscontrato vulnus ai principi sopra indicati, questa Corte ritiene, peraltro, di non poter porre rimedio, almeno allo stato, a traverso la mera estromissione dall'ambito applicativo della disposizione penale delle ipotesi in cui l'aiuto venga prestato nei confronti di soggetti che versino nelle condizioni appena descritte.

Una simile soluzione lascerebbe, infatti, del tutto priva di disciplina legale la prestazione di aiuto materiale ai pazienti in tali condizioni, in un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale e rispetto al quale vanno con fermezza preclusi tutti i possibili abusi.

In assenza di una specifica disciplina della materia, più in particolare, 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.

Di tali possibili conseguenze della propria decisione questa Corte non può non farsi carico, anche allorché sia chiamata, come nel presente caso, a vagliare la incompatibilità con la Costituzione esclusivamente di una disposizione di carattere penale.

Una regolazione della materia, intesa ad evitare simili scenari, gravidi di pericoli per la vita di persone in situazione di vulnerabilità, è suscettibile peraltro di investire plurimi profili, ciascuno dei quali, a sua volta, variamente declinabile sulla base di scelte discrezionali: come, ad esempio, le modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto, la disciplina del relativo "processo medicalizzato", l'eventuale riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al servizio sanitario nazionale, la possibilità di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura.

D'altra parte, 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, ma anche a traverso la somministrazione di un farmaco atto a provocare rapidamente la morte, potrebbe essere introdotta, anziché mediante una mera modifica della disposizione penale di cui all'art. 580 cod. pen., in questa sede censurata, inserendo la disciplina stessa nel contesto della legge n. 219 del 2017 e del suo spirito, in modo da inscrivere anche questa opzione nel quadro della «relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico», opportunamente valorizzata dall'art. 1 della legge medesima.

Peraltro, l'eventuale collegamento della non punibilità al rispetto di una determinata procedura potrebbe far sorgere l'esigenza di introdurre una disciplina ad hoc per le vicende pregresse (come quella oggetto del giudizio a quo), che di tale non punibilità non potrebbero altrimenti beneficiare: anche qui con una varietà di soluzioni possibili.

Dovrebbe essere valutata, infine, l'esigenza di adottare opportune cautele affinché – anche nell'applicazione pratica della futura disciplina – l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza – in accordo con l'impegno assunto dallo Stato con la citata legge n. 38 del 2010 – sì da porlo in condizione di vivere con intensità e in modo dignitoso la parte restante della propria esistenza. Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative dovrebbe costituire, infatti, un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente.

I delicati bilanciamenti ora indicati restano affidati, in linea di principio, al Parlamento, il compito naturale di questa Corte essendo quello di verificare la compatibilità di scelte già compiute dal legislatore, nell'esercizio della propria discrezionalità politica, con i limiti dettati dalle esigenze di rispetto dei principi costituzionali e dei diritti fondamentali delle persone coinvolti.

11.– In situazioni analoghe a quella in esame, questa Corte ha, sino ad oggi, dichiarato l'inammissibilità della questione sollevata, accompagnando la pronuncia con un monito al legislatore affinché provvedesse all'adozione della disciplina necessaria al fine di rimuovere il vulnus costituzionale

riscontrato: pronuncia alla quale, nel caso in cui il monito fosse rimasto senza riscontro, ha fatto seguito, di norma, una declaratoria di illegittimità costituzionale (ad esempio: sentenza n. 23 del 2013 e successiva sentenza n. 45 del 2015).

Questa tecnica decisoria ha, tuttavia, l'effetto di lasciare in vita – e dunque esposta a ulteriori applicazioni, per un periodo di tempo non preventivabile – la normativa non conforme a Costituzione. La eventuale dichiarazione di incostituzionalità conseguente all'accertamento dell'inerzia legislativa presuppone, infatti, che venga sollevata una nuova questione di legittimità costituzionale, la quale può, peraltro, sopravvenire anche a notevole distanza di tempo dalla pronuncia della prima sentenza di inammissibilità, mentre nelle more la disciplina in discussione continua ad operare.

Un simile effetto non può considerarsi consentito nel caso in esame, per le sue peculiari caratteristiche e per la rilevanza dei valori da esso coinvolti.

Onde evitare che la norma possa trovare, in parte qua, applicazione medio tempore, lasciando però, pur sempre, al Parlamento la possibilità di assumere le necessarie decisioni rimesse in linea di principio alla sua discrezionalità – ferma restando l'esigenza di assicurare la tutela del malato nei limiti indicati dalla presente pronuncia – la Corte ritiene, dunque, di dover provvedere in diverso modo, facendo leva sui propri poteri di gestione del processo costituzionale: ossia di disporre il rinvio del giudizio in corso, fissando una nuova discussione delle questioni di legittimità costituzionale all'udienza del 24 settembre 2019, in esito alla quale potrà essere valutata l'eventuale sopravvenienza di una legge che regoli la materia in conformità alle segnalate esigenze di tutela. Rimarrà nel frattempo sospeso anche il giudizio a quo. Negli altri giudizi, spetterà ai giudici valutare se, alla luce di quanto indicato nella presente pronuncia, analoghe questioni di legittimità costituzionale della disposizione in esame debbano essere considerate rilevanti e non manifestamente infondate, così da evitare l'applicazione della disposizione stessa in parte qua.

La soluzione ora adottata si fa carico, in definitiva, di preoccupazioni analoghe a quelle che hanno ispirato la Corte Suprema canadese, allorché ha dichiarato, nel 2015, l'illegittimità costituzionale di una disposizione penale analoga a quella ora sottoposta allo scrutinio, nella parte in cui tale disposizione proibiva l'assistenza medica al suicidio di una persona adulta capace che abbia chiaramente consentito a por fine alla propria vita, e che soffra di una patologia grave e incurabile che provoca sofferenze persistenti e intollerabili. In quell'occasione, i supremi giudici canadesi stabilirono di sospendere per dodici mesi l'efficacia della decisione stessa, proprio per dare l'opportunità al parlamento di elaborare una complessiva legislazione in materia, evitando la situazione di vuoto legislativo che si sarebbe creata in conseguenza della decisione (Corte Suprema del Canada, sentenza 6 febbraio 2015, Carter contro Canada, 2015, CSC 5).

Lo spirito della presente decisione è, d'altra parte, simigliante a quello della recente sentenza della Corte Suprema inglese in materia di assistenza al suicidio, in cui la maggioranza dei giudici ritenne «istituzionalmente inappropriato per una corte, in questo momento, dichiarare che [la disposizione allora oggetto di scrutinio] è incompatibile con l'art. 8 [CEDU]», senza dare al Parlamento l'opportunità di considerare il problema (Corte Suprema del Regno Unito, sentenza 25 giugno 2014, Nicklinson e altri, [2014] UKSC 38). Sottolinearono in quell'occasione i supremi giudici inglesi che

una anche solo parziale legalizzazione dell'assistenza al suicidio medicalmente assistito rappresenta una questione difficile, controversa ed eticamente sensibile, che richiede un approccio prudente delle corti; e aggiunsero che una simile questione reclama una valutazione approfondita da parte del legislatore, che ha la possibilità di intervenire – in esito a un iter procedurale nel quale possono essere coinvolti una pluralità di esperti e di portatori di interessi contrapposti – dettando una nuova complessiva regolamentazione della materia di carattere non penale, comprensiva di uno schema procedurale che consenta una corretta applicazione ai casi concreti delle regole così stabilite. Il tutto in un contesto espressamente definito «collaborativo» e «dialogico» fra Corte e Parlamento.

Va dunque conclusivamente rilevato che, laddove, come nella specie, la soluzione del quesito di legittimità costituzionale coinvolga l'incrocio di valori di primario rilievo, il cui compiuto bilanciamento presuppone, in via diretta ed immediata, scelte che anzitutto il legislatore è abilitato a compiere, questa Corte reputa doveroso – in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale – consentire, nella specie, al Parlamento ogni opportuna riflessione e iniziativa, così da evitare, per un verso, che, nei termini innanzi illustrati, una disposizione continui a produrre effetti reputati costituzionalmente non compatibili, ma al tempo stesso scongiurare possibili vuoti di tutela di valori, anch'essi pienamente rilevanti sul piano costituzionale.

Per Questi Motivi

LA CORTE COSTITUZIONALE

rinvia all'udienza pubblica del 24 settembre 2019 la trattazione delle questioni di legittimità costituzionale sollevate con l'ordinanza indicata in epigrafe.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 24 ottobre 2018.

F.to:

Giorgio LATTANZI, Presidente

Franco MODUGNO, Redattore

Filomena PERRONE, Cancelliere

Depositata in Cancelleria il 16 novembre 2018.

Il Cancelliere

F.to: Filomena PERRONE

Allegato:

Ordinanza Letta All'udienza Del 23 Ottobre 2018

ORDINANZA

Rilevato che, nel giudizio di legittimità costituzionale promosso dalla Corte d'assise di Milano con ordinanza del 14 febbraio 2018 (r.o. n. 43 del 2018), hanno depositato atto di intervento il Centro Studi "Rosario Livatino", la libera associazione di volontariato "Vita è" e il Movimento per la vita italiano, in persona dei rispettivi legali rappresentati pro tempore;

che, la libera associazione di volontariato "Vita è" ha, altresì, depositato memoria in data 26 settembre 2018.

Considerato che le associazioni sopra indicate non rivestono la qualità di parti del giudizio principale;

che, secondo la costante giurisprudenza di questa Corte (tra le tante, le ordinanze allegare alle sentenze n. 16 del 2017, n. 237 e n. 134 del 2013), la partecipazione al giudizio di legittimità costituzionale è circoscritta, di norma, alle parti del giudizio a quo, oltre che al Presidente del Consiglio dei ministri e, nel caso di legge regionale, al Presidente della Giunta regionale (artt. 3 e 4 delle Norme integrative per i giudizi davanti alla Corte costituzionale);

che a tale disciplina è possibile derogare - senza venire in contrasto con il carattere incidentale del giudizio di costituzionalità - soltanto a favore di soggetti terzi che siano titolari di un interesse qualificato, immediatamente inerente al rapporto sostanziale dedotto in giudizio e non semplicemente regolato, al pari di ogni altro, dalla norma o dalle norme oggetto di censura (ex plurimis, ordinanze allegare alle sentenze n. 29 del 2017, n. 286 e n. 243 del 2016);

che il presente giudizio - che ha ad oggetto l'art. 580 del codice penale, nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio «a prescindere dal loro contributo alla determinazione o al rafforzamento del proposito di suicidio», nonché nella parte in cui punisce tali condotte con la medesima pena prevista per l'istigazione al suicidio - non sarebbe destinato a produrre, nei confronti delle associazioni intervenienti, effetti immediati, neppure indiretti;

che, pertanto, esse non sono legittimate a partecipare al giudizio dinanzi a questa Corte.

Per Questi Motivi

LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara inammissibili gli interventi del Centro Studi "Rosario Livatino", della libera associazione di volontariato "Vita è" e del Movimento per la vita italiano.

F.to: Giorgio Lattanzi, Presidente

## Sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori: Presidente: Giorgio LATTANZI; Giudici : Aldo CAROSI, Marta CARTABIA, Mario Rosario MORELLI, Giancarlo CORAGGIO, Giuliano AMATO, Silvana SCIARRA, Daria de PRETIS, Nicolò ZANON, Franco MODUGNO, Augusto Antonio BARBERA, Giulio PROSPERETTI, Giovanni AMOROSO, Francesco VIGANÒ, Luca ANTONINI,

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, promosso dalla Corte di assise di Milano, nel procedimento penale a carico di M. C., con ordinanza del 14 febbraio 2018, iscritta al n. 43 del registro ordinanze 2018 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 11, prima serie speciale, dell'anno 2018.

Visti l'atto di costituzione di M. C., nonché l'atto di intervento del Presidente del Consiglio dei ministri;

udito nella udienza pubblica del 24 settembre 2019 il Giudice relatore Franco Modugno;

uditi gli avvocati Filomena Gallo e Vittorio Manes per M. C. e l'avvocato Generale dello Stato Gabriella Palmieri per il Presidente del Consiglio dei ministri.

Ritenuto in fatto

1.- Con ordinanza del 14 febbraio 2018, la Corte d'assise di Milano ha sollevato questioni di legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale:

a) «nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio in alternativa alle condotte di istigazione e, quindi, a prescindere dal loro contributo alla determinazione o al rafforzamento del proposito di suicidio», per ritenuto contrasto con gli artt. 2, 13, primo comma, e 117 della Costituzione, in relazione agli artt. 2 e 8 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con legge 4 agosto 1955, n. 848;

b) «nella parte in cui prevede che le condotte di agevolazione dell'esecuzione del suicidio, che non incidano sul percorso deliberativo dell'aspirante suicida, siano sanzionabili con la pena della reclusione da 5 a 10 [recte: 12] anni, senza distinzione rispetto alle condotte di istigazione», per ritenuto contrasto con gli artt. 3, 13, 25, secondo comma, e 27, terzo comma, Cost.

Con riguardo alle questioni sub a), il riferimento all'art. 3 (anziché all'art. 2) Cost. che compare nel dispositivo dell'ordinanza di rimessione deve considerarsi frutto di mero errore materiale, alla luce del tenore complessivo della motivazione e delle «[c]onclusioni» che precedono immediatamente il dispositivo stesso.

1.1.– Secondo quanto riferito dal giudice a quo, le questioni traggono origine dalla vicenda di F. A., il quale, a seguito di un grave incidente stradale avvenuto il 13 giugno 2014, era rimasto tetraplegico e affetto da cecità bilaterale corticale (dunque, permanente). Non era autonomo nella respirazione (necessitando dell'ausilio, pur non continuativo, di un respiratore e di periodiche asportazioni di muco), nell'alimentazione (venendo nutrito in via intraparietale) e nell'evacuazione. Era percorso, altresì, da ricorrenti spasmi e contrazioni, produttivi di acute sofferenze, che non potevano essere completamente lenite farmacologicamente, se non mediante sedazione profonda. Conservava, però, intatte le facoltà intellettive.

All'esito di lunghi e ripetuti ricoveri ospedalieri e di vari tentativi di riabilitazione e di cura (comprensivi anche di un trapianto di cellule staminali effettuato in India nel dicembre 2015), la sua condizione era risultata irreversibile.

Aveva perciò maturato, a poco meno di due anni di distanza dall'incidente, la volontà di porre fine alla sua esistenza, comunicandola ai propri cari. Di fronte ai tentativi della madre e della fidanzata di dissuaderlo dal suo proposito, per dimostrare la propria irremovibile determinazione aveva intrapreso uno "sciopero" della fame e della parola, rifiutando per alcuni giorni di essere alimentato e di parlare.

Di seguito a ciò, aveva preso contatto nel maggio 2016, tramite la propria fidanzata, con organizzazioni svizzere che si occupano dell'assistenza al suicidio: pratica consentita, a certe condizioni, dalla legislazione elvetica.

Nel medesimo periodo, era entrato in contatto con M. C., imputato nel giudizio a quo, il quale gli aveva prospettato la possibilità di sottoporsi in Italia a sedazione profonda, interrompendo i trattamenti di ventilazione e alimentazione artificiale.

Di fronte al suo fermo proposito di recarsi in Svizzera per il suicidio assistito, l'imputato aveva accettato di accompagnarlo in automobile presso la struttura prescelta. Inviata a quest'ultima la documentazione attestante le proprie condizioni di salute e la piena capacità di intendere e di volere, F. A. aveva infine ottenuto da essa il "benestare" al suicidio assistito, con fissazione della data. Nei mesi successivi alla relativa comunicazione, egli aveva costantemente ribadito la propria scelta, comunicandola dapprima agli amici e poi pubblicamente (tramite un filmato e un appello al Presidente della Repubblica) e affermando «di viverla come "una liberazione"».

Il 25 febbraio 2017 era stato quindi accompagnato da Milano (ove risiedeva) in Svizzera, a bordo di un'autovettura appositamente predisposta, con alla guida l'imputato e, al seguito, la madre, la fidanzata e la madre di quest'ultima.

In Svizzera, il personale della struttura prescelta aveva nuovamente verificato le sue condizioni di salute, il suo consenso e la sua capacità di assumere in via autonoma il farmaco che gli avrebbe procurato la morte. In quegli ultimi giorni, tanto l'imputato, quanto i familiari, avevano continuato a restargli vicini, rappresentandogli che avrebbe potuto desistere dal proposito di togliersi alla vita, nel qual caso sarebbe stato da loro riportato in Italia.

Il suicidio era peraltro avvenuto due giorni dopo (il 27 febbraio 2017): azionando con la bocca uno stantuffo, l'interessato aveva iniettato nelle sue vene il farmaco letale.

Di ritorno dal viaggio, M. C. si era autodenunciato ai carabinieri.

A seguito di ordinanza di “imputazione coatta”, adottata ai sensi dell’art. 409 del codice di procedura penale dal Giudice per le indagini preliminari del Tribunale ordinario di Milano, egli era stato tratto quindi a giudizio davanti alla Corte rimettente per il reato di cui all’art. 580 cod. pen., tanto per aver rafforzato il proposito di suicidio di F. A., quanto per averne agevolato l’esecuzione.

Il giudice a quo esclude, peraltro, la configurabilità della prima ipotesi accusatoria. Alla luce delle prove assunte nel corso dell’istruzione dibattimentale, F. A. avrebbe, infatti, maturato la decisione di rivolgersi all’associazione svizzera prima e indipendentemente dall’intervento dell’imputato.

La Corte rimettente ritiene, invece, che l’accompagnamento in auto di F. A. presso la clinica elvetica integri, in base al diritto vivente, la fattispecie dell’aiuto al suicidio, in quanto condizione per la realizzazione dell’evento. L’unica sentenza della Corte di cassazione che si è occupata del tema ha, infatti, affermato che le condotte di agevolazione, incriminate dalla norma censurata in via alternativa rispetto a quelle di istigazione, debbono ritenersi perciò stesso punibili a prescindere dalle loro ricadute sul processo deliberativo dell’aspirante suicida. La medesima sentenza ha precisato, altresì, che, alla luce del dettato normativo (in forza del quale è punito chiunque agevola «in qualsiasi modo» l’esecuzione dell’altrui proposito di suicidio), la nozione di aiuto penalmente rilevante deve essere intesa nel senso più ampio, comprendendo ogni tipo di contributo materiale all’attuazione del progetto della vittima (fornire i mezzi, offrire informazioni sul loro uso, rimuovere ostacoli o difficoltà che si frappongono alla realizzazione del proposito e via dicendo, ovvero anche omettere di intervenire, qualora si abbia l’obbligo giuridico di impedire l’evento) (Corte di cassazione, sezione prima penale, sentenza 6 febbraio-12 marzo 1998, n. 3147).

1.2.– Su questo presupposto, la Corte d’assise milanese dubita, tuttavia, della legittimità costituzionale della norma censurata, anzitutto nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio anche quando esse non abbiano contribuito a determinare o a rafforzare il proposito della vittima.

Il giudice a quo rileva come la disposizione denunciata presupponga che il suicidio sia un atto intriso di elementi di disvalore, in quanto contrario al principio di sacralità e indisponibilità della vita in correlazione agli obblighi sociali dell’individuo, ritenuti preminenti nella visione del regime fascista. La disposizione dovrebbe essere, però, riletta alla luce della Costituzione: in particolare, del principio personalistico enunciato dall’art. 2 – che pone l’uomo e non lo Stato al centro della vita sociale – e di quello di inviolabilità della libertà personale, affermato dall’art. 13; principi alla luce dei quali la vita – primo fra tutti i diritti inviolabili dell’uomo – non potrebbe essere «concepita in funzione di un fine eteronomo rispetto al suo titolare». Di qui, dunque, anche la libertà della persona di scegliere quando e come porre termine alla propria esistenza.

Il diritto all’autodeterminazione individuale, previsto dall’art. 32 Cost. con riguardo ai trattamenti terapeutici, è stato, d’altronde, ampiamente valorizzato prima dalla giurisprudenza – in particolare, con le pronunce sui casi Welby (Giudice dell’udienza preliminare del Tribunale ordinario di Roma, sentenza 23 luglio-17 ottobre 2007, n. 2049) ed Englaro (Corte di cassazione, sezione prima civile, sentenza 16 ottobre 2007, n. 21748) – e poi dal legislatore, con la recente legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento), che

sancisce in modo espresso il diritto della persona capace di rifiutare qualsiasi tipo di trattamento sanitario, ancorché necessario per la propria sopravvivenza (compresi quelli di nutrizione e idratazione artificiale), nonché il divieto di ostinazione irragionevole nelle cure, individuando come oggetto di tutela da parte dello Stato «la dignità nella fase finale della vita».

La conclusione sarebbe avvalorata, inoltre, dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo. Essa avrebbe conosciuto una evoluzione, il cui approdo finale sarebbe rappresentato dall'esplicito riconoscimento, sulla base degli artt. 2 e 8 CEDU (che riconoscono e garantiscono, rispettivamente, il diritto alla vita e il diritto al rispetto della vita privata), del diritto di ciascun individuo «di decidere con quali mezzi e a che punto la propria vita finirà».

A fronte di ciò, il bene giuridico protetto dalla norma denunciata andrebbe oggi identificato, non già nel diritto alla vita, ma nella libertà e consapevolezza della decisione del soggetto passivo di porvi fine, evitando influssi che alterino la sua scelta.

In quest'ottica, la punizione delle condotte di aiuto al suicidio che non abbiano inciso sul percorso deliberativo della vittima risulterebbe ingiustificata e lesiva degli artt. 2, 13, primo comma, e 117 Cost. In tale ipotesi, infatti, la condotta dell'agevolatore rappresenterebbe lo strumento per la realizzazione di quanto deciso da un soggetto che esercita una libertà costituzionale, risultando quindi inoffensiva.

1.3.– La Corte d'assise milanese censura, per altro verso, la norma denunciata nella parte in cui punisce le condotte di aiuto al suicidio, non rafforzative del proposito dell'aspirante suicida, con la stessa severa pena – reclusione da cinque a dieci [recte: dodici] anni – prevista per le condotte di istigazione.

La disposizione violerebbe, per questo verso, l'art. 3 Cost., unitamente al principio di proporzionalità della pena al disvalore del fatto, desumibile dagli artt. 13, 25, secondo comma, e 27, terzo comma, Cost.

Le condotte di istigazione al suicidio sarebbero, infatti, certamente più incisive, anche sotto il profilo causale, rispetto a quelle di chi abbia semplicemente contribuito alla realizzazione dell'altrui autonoma determinazione. Del tutto diverse risulterebbero, altresì, nei due casi, la volontà e la personalità del partecipe.

2.– È intervenuto il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, il quale ha eccepito, in via preliminare, l'inaammissibilità delle questioni sotto plurimi profili: per difetto di rilevanza, avendo il rimettente già escluso, alla luce dell'istruttoria svolta, che il comportamento dell'imputato sia valso a rafforzare il proposito di suicidio di F. A.; per richiesta di un avallo interpretativo e omessa sperimentazione dell'interpretazione conforme a Costituzione, non preclusa dall'esistenza di un'unica pronuncia di segno contrario della Corte di cassazione risalente al 1998, inidonea a costituire diritto vivente; per richiesta, infine, di una pronuncia manipolativa in materia rimessa alla discrezionalità del legislatore – quale quella dell'individuazione dei fatti da sottoporre a pena e della determinazione del relativo trattamento sanzionatorio – e in assenza di una soluzione costituzionalmente obbligata.

Nel merito – ad avviso dell'interveniente – le questioni risulterebbero, comunque sia, infondate.

Erroneo risulterebbe il riferimento alla disciplina di cui alla legge n. 219 del 2017, posto che il riconoscimento del diritto a rifiutare le cure non implicherebbe affatto quello di ottenere un aiuto al suicidio, non potendo il paziente chiedere, in ogni caso, al medico trattamenti contrari alla legge o alla deontologia professionale.

Quanto alla denunciata violazione delle disposizioni della CEDU, come interpretate dalla Corte di Strasburgo, quest'ultima ha, in realtà, affermato che l'art. 2 della Convenzione, dato il suo tenore letterale, deve essere interpretato nel senso che esso contempla il diritto alla vita e non il suo opposto. Esso non conferisce, quindi, il «diritto a morire», né con l'intervento della pubblica autorità, né con l'assistenza di una terza persona (Corte europea dei diritti dell'uomo, sentenza 29 aprile 2002, *Pretty contro Regno Unito*).

Secondo la giurisprudenza della Corte EDU, il divieto assoluto di aiuto al suicidio sarebbe, inoltre, del tutto compatibile con l'art. 8 della Convenzione, restando affidata al margine di apprezzamento dei singoli Stati la valutazione se l'eventuale liberalizzazione del suicidio assistito possa far sorgere rischi di abuso a danno dei pazienti più anziani e vulnerabili.

L'incriminazione dell'aiuto al suicidio risulterebbe, d'altra parte, intrinsecamente ragionevole, anche qualora si ritenga che alle sue finalità di tutela non resti estranea la libertà di autodeterminazione del titolare del bene protetto. Tale libertà, quando si orienti nel senso di porre fine alla propria esistenza, dovrebbe essere, infatti, «assicurata usque ad vitae supremum exitum»: ottica nella quale l'esecuzione di quell'estremo proposito dovrebbe rimanere riservata esclusivamente all'interessato, così da assicurare fino all'ultimo istante l'efficacia di un possibile ripensamento.

Quanto, poi, alla censurata omologazione del trattamento sanzionatorio delle condotte di istigazione e di agevolazione al suicidio, essa non contrasterebbe con i parametri evocati, potendo il giudice valorizzare, comunque sia, la diversa gravità delle condotte stesse in sede di determinazione della pena nell'ambito della cornice edittale, ovvero ai fini del riconoscimento di circostanze attenuanti.

3.– Si è costituito, altresì, M. C., imputato nel giudizio a quo, il quale, con una successiva memoria – contestate le eccezioni di inammissibilità dell'Avvocatura generale dello Stato – ha rilevato come, di là dalla generica formulazione del *petitum*, le questioni debbano ritenersi radicate sul caso di specie. Alla luce dello sviluppo argomentativo dell'ordinanza di rimessione, i dubbi di legittimità costituzionale dovrebbero reputarsi circoscritti, in particolare, alle ipotesi di agevolazione del suicidio di un soggetto che versi «in uno stato di malattia irreversibile che produce gravi sofferenze, essendo tenuto in vita grazie a presidi medici in assenza dei quali andrebbe incontro, sia pure in modo lento e doloroso per sé e per i suoi cari, alla fine della propria esistenza».

In tali termini, le questioni risulterebbero pienamente fondate.

3.1.– Al riguardo, la parte costituita osserva come, nel disegno del legislatore del codice penale del 1930, la norma censurata fosse destinata a proteggere la vita, intesa come bene non liberamente disponibile da parte del suo titolare. Nella visione dell'epoca, infatti, la tutela dell'individuo era secondaria rispetto a quella della collettività statale: il suicidio era visto, di conseguenza, in termini negativi, come l'atto di chi, togliendosi la vita, sottraeva forza lavoro e cittadini alla Patria. Non ritenendosi di dover sanzionare il suicida (neppure qualora ciò fosse materialmente possibile, ossia

nel caso di semplice tentativo), si apprestava quindi una tutela di tipo indiretto, punendo chi avesse contribuito, sul piano psicologico o materiale, alla realizzazione del proposito di suicidio altrui.

Con l'entrata in vigore della Costituzione, tuttavia, il bene della vita dovrebbe essere riguardato unicamente in una prospettiva personalistica, come interesse del suo titolare volto a consentire il pieno sviluppo della persona, secondo il disposto dell'art. 3, secondo comma, Cost. Di qui la maggiore attenzione verso la libertà di autodeterminazione individuale, anche nelle fasi finali della vita, specie quando si tratti di persone che versano in condizioni di eccezionale sofferenza: atteggiamento che ha trovato la sua espressione emblematica nella sentenza della Corte di cassazione relativa al caso di Eluana Englaro (Cass., n. 21748 del 2007).

Di fondamentale rilievo, in questa cornice, risulterebbe l'intervento normativo realizzato con la legge n. 219 del 2017, la quale, nel quadro della valorizzazione del principio costituzionale del consenso informato, ha «positivizzato» il diritto del paziente di rifiutare le cure e di "lasciarsi morire".

3.2.– Tale assetto normativo renderebbe ancor più evidente l'incoerenza dell'art. 580 cod. pen., nella parte in cui punisce anche la mera agevolazione del suicidio di chi abbia liberamente maturato il relativo proposito al fine di porre termine a uno stato di grave e cronica sofferenza, provocato anche dalla somministrazione di presidi medico-sanitari non voluti sul proprio corpo.

Per questo verso, la norma censurata si porrebbe in contrasto con il «principio personalista», di cui all'art. 2 Cost., e con quello di inviolabilità della libertà personale, affermato dall'art. 13 Cost.: precetto costituzionale, quest'ultimo, che, unitamente all'art. 32 Cost. (non evocato nel dispositivo dell'ordinanza di rimessione, ma ripetutamente richiamato in motivazione), assicura la piena libertà dell'individuo di scegliere quali interferenze esterne ammettere sul proprio corpo e di tutelare, in questo senso, la sua dignità.

Emblematico, al riguardo, risulterebbe il caso oggetto del giudizio a quo, nel quale il soggetto che aveva liberamente deciso di concludere la propria esistenza – senza essere peraltro in grado di provvedervi autonomamente – risultava sottoposto a trattamenti sanitari molto invasivi, la cui interruzione, ove pure accompagnata dalla sedazione profonda, lo avrebbe portato alla morte solo dopo diversi giorni, generando un prolungato stato di sofferenza nei familiari.

La libertà di rifiuto di simili presidi, senza che la dignità del malato sia vulnerata con l'avvio di una fine lenta e dolorosa, esigerebbe il riconoscimento della possibilità di accedere, anche tramite l'aiuto di terzi, a un farmaco letale.

La norma censurata violerebbe, in quest'ottica, anche il principio di ragionevolezza, imponendo un sacrificio assoluto di libertà di primario rilievo costituzionale, senza distinguere le condotte realmente lesive del bene protetto da quelle volte invece a consentire l'attuazione del diritto all'autodeterminazione nelle scelte di fine vita, non realizzabili da parte del diretto interessato.

3.3.– La norma denunciata si porrebbe in contrasto, ancora, con l'art. 8 CEDU e, di conseguenza, con l'art. 117, primo comma, Cost.

Nella prospettiva della Corte EDU, infatti, il diritto all'autodeterminazione individuale, anche con riguardo alle scelte inerenti il fine vita, costituisce il terreno su cui poggia l'interpretazione del citato art. 8 della Convenzione, che prevede il «diritto al rispetto della vita privata e familiare».

Ciò comporta che le interferenze statali su tale diritto possono ritenersi legittime solo entro i limiti indicati dal paragrafo 2 dello stesso art. 8, cioè solo a condizione che siano normativamente previste, oltre che necessarie e proporzionate rispetto a uno degli scopi indicati dalla predetta disposizione.

Al riguardo, verrebbe in rilievo, come leading case, la sentenza *Pretty* contro Regno Unito del 2002, con la quale si è ritenuto che la previsione di un generale divieto di aiuto al suicidio non si ponesse, nella specie, in contrasto con il canone della proporzionalità dell'interferenza statale, di cui al citato art. 8, paragrafo 2, CEDU, in quanto l'ordinamento penale britannico è improntato al principio di flessibilità. In quel sistema, infatti, vige un regime di azione penale discrezionale e non è, inoltre, previsto un minimo edittale di pena per l'aiuto al suicidio, cosicché è consentito al giudice di parametrare o addirittura di escludere la risposta punitiva, in rapporto al concreto disvalore del fatto.

Lo standard di proporzionalità desumibile dall'art. 8 CEDU apparirebbe, per converso, apertamente violato dall'art. 580 cod. pen., che stabilisce un divieto generalizzato e incondizionato di agevolazione dell'altrui proposito suicida, in un sistema, quale quello italiano, governato dal regime di obbligatorietà dell'azione penale, prevedendo, per di più, una pena minima edittale di cinque anni di reclusione.

3.4.– La norma denunciata vulnererebbe, ancora, i principi di offensività e di proporzionalità e la funzione rieducativa della pena, ponendosi così in contrasto con gli artt. 13, 25, secondo comma – anche in riferimento all'art. 3 –, e 27, terzo comma, Cost.

L'art. 580 cod. pen. rappresenterebbe, infatti, una ipotesi eccezionale di incriminazione del concorso in un fatto lecito altrui, giustificabile – anche per quanto attiene al particolare rigore della risposta punitiva – solo sulla base di una anacronistica visione statalista del bene giuridico della vita: visione inconciliabile, per le ragioni indicate, con l'attuale assetto costituzionale.

In questa prospettiva, la condotta di chi si limiti ad agevolare la realizzazione di un proposito di suicidio liberamente formatosi dovrebbe essere considerata come un «comportamento “penalmente inane”», essendo volta a garantire il diritto fondamentale all'autodeterminazione sulle scelte del fine vita, riferite a una esistenza ritenuta – per circostanze oggettive – non più dignitosa dal suo titolare.

3.5.– Evidente sarebbe anche la violazione del principio di eguaglianza, sotto plurimi profili.

La norma censurata determinerebbe, infatti, una disparità di trattamento tra chi è in grado di porre fine alla propria vita da solo, senza bisogno di aiuto esterno, e chi, invece, è fisicamente impossibilitato a farlo per la gravità delle proprie condizioni patologiche, con conseguente discriminazione a scapito proprio dei casi maggiormente meritevoli di considerazione.

Irragionevolmente discriminatoria risulterebbe, inoltre, una disciplina penale che riconosca la liceità dell'interruzione delle cure con esito letale, e dunque la non anti-giuricità di una condotta attiva di interruzione di un decorso causale immediatamente salvifico, punendo invece la condotta attiva di agevolazione della causazione immediata della morte in condizioni analoghe.

La violazione del principio di eguaglianza-ragionevolezza si apprezzerrebbe anche all'interno della struttura della fattispecie, che vede equiparate quoad poenam condotte – la determinazione e il rafforzamento del proposito suicidario, da un lato, e la semplice agevolazione, dall'altro – caratterizzate da un coefficiente di offensività radicalmente diverso.

Una simile irragionevole equiparazione si risolverebbe anche in un difetto di proporzionalità del trattamento sanzionatorio, atta a compromettere la funzione rieducativa della pena.

3.6.– Sulla base di tali considerazioni, la parte costituita ha chiesto, quindi, che l'art. 580 cod. pen. venga dichiarato costituzionalmente illegittimo «nella parte in cui punisce la condotta di chi abbia agevolato l'esecuzione della volontà, liberamente formatasi, della persona che versi in uno stato di malattia irreversibile che produce gravi sofferenze, sempre che l'agevolazione sia strumentale al suicidio di chi, alternativamente, avrebbe potuto darsi la morte rifiutando i trattamenti sanitari; ovvero, in subordine, «nella parte in cui prevede che le condotte di agevolazione al suicidio che non abbiano inciso sulla formazione del proposito suicidario siano punite allo stesso modo della istigazione al suicidio».

4.– Sono intervenuti, inoltre, ad opponendum, il Centro Studi «Rosario Livatino», la libera associazione di volontariato «Vita è» e il Movimento per la vita italiano.

Tali interventi sono stati dichiarati inammissibili da questa Corte con ordinanza pronunciata all'udienza pubblica del 23 ottobre 2018.

5.– In esito alla medesima udienza, questa Corte ha pronunciato l'ordinanza n. 207 del 2018, con la quale:

a) ha rilevato come – pur in assenza di una espressa indicazione in tal senso da parte del giudice a quo – le questioni attinenti al trattamento sanzionatorio della fattispecie criminosa dell'aiuto al suicidio debbano ritenersi logicamente subordinate a quelle attinenti al suo ambito applicativo;

b) ha ritenuto non fondate le eccezioni di inammissibilità formulate dall'Avvocatura generale dello Stato;

c) ha escluso che – contrariamente a quanto sostenuto in via principale dal rimettente – l'incriminazione dell'aiuto al suicidio, ancorché non rafforzativo del proposito della vittima sia, di per sé, incompatibile con la Costituzione: essa si giustifica, infatti, in un'ottica di tutela del diritto alla vita, specie delle «persone più deboli e vulnerabili»;

d) ha individuato, nondimeno, una circoscritta area di non conformità costituzionale della fattispecie, corrispondente segnatamente ai casi in cui l'aspirante suicida si identifichi (come nel caso oggetto del giudizio a quo) in una persona «(a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli»: evenienza nella quale il divieto indiscriminato di aiuto al suicidio «finisce [...] per limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita, senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile, con conseguente lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive»;

e) ha escluso, tuttavia, di poter porre rimedio – «almeno allo stato» – «al riscontrato vulnus», tramite una pronuncia meramente ablativa riferita ai pazienti che versino nelle condizioni sopra

indicate: in assenza di una disciplina legale della prestazione dell'aiuto verrebbero, infatti, a crearsi situazioni gravide di pericoli di abuso nei confronti dei soggetti in condizioni di vulnerabilità; tale disciplina dovrebbe, d'altro canto, investire una serie di profili, variamente declinabili in base a scelte discrezionali, spettanti in linea di principio al legislatore;

f) ha escluso, però, al tempo stesso, di poter ricorrere alla tecnica decisoria precedentemente adottata in casi simili, costituita dalla dichiarazione di inammissibilità delle questioni accompagnata da un monito al legislatore per l'introduzione della disciplina necessaria, alla quale dovrebbe fare seguito, nel caso il cui il monito resti senza riscontro, la declaratoria di incostituzionalità: tale tecnica, infatti, ha «l'effetto di lasciare in vita – e dunque esposta a ulteriori applicazioni, per un periodo di tempo non preventivabile – la normativa non conforme a Costituzione»; effetto che «non può considerarsi consentito nel caso in esame, per le sue peculiari caratteristiche e per la rilevanza dei valori da esso coinvolti»;

g) ha ritenuto, perciò, di dover percorrere una via alternativa: facendo leva, cioè, sui «propri poteri di gestione del processo costituzionale», questa Corte ha rinviato il giudizio in corso, fissando una nuova discussione delle questioni all'udienza del 24 settembre 2019, «in esito alla quale potrà essere valutata l'eventuale sopravvenienza di una legge che regoli la materia in conformità alle segnalate esigenze di tutela». In questo modo, si è lasciata pur sempre al Parlamento la possibilità di assumere le necessarie decisioni rimesse alla sua discrezionalità, evitando, però, che la norma censurata potesse trovare applicazione medio tempore (il giudizio a quo è rimasto, infatti, sospeso, mentre negli altri giudizi i giudici hanno avuto modo di valutare se analoghe questioni fossero rilevanti e non manifestamente infondate).

6.– In prossimità della nuova udienza, la parte costituita ha depositato una ulteriore memoria, rilevando come l'invito rivolto al Parlamento da questa Corte non sia stato accolto. Nessun seguito hanno, infatti, avuto le proposte di legge presentate, che prospettavano, peraltro, soluzioni sensibilmente diverse tra loro.

A fronte di ciò, la dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'art. 580 cod. pen., nei contorni già tracciati dall'ordinanza n. 207 del 2018, non sarebbe ulteriormente procrastinabile: e ciò per ragioni radicate, oltre che nei fondamentali diritti del malato e nella sua dignità, anche nei diritti inviolabili dell'imputato, il quale si vedrebbe altrimenti infliggere una sanzione penale sulla base di una norma incostituzionale per cause «ordinamentali a lui non addebitabili». Il principio di leale collaborazione istituzionale, al quale è stata accordata la priorità in una prima fase, non potrebbe, dunque, che recedere, allo stato, dinanzi alle esigenze di ripristino della costituzionalità violata.

Né gioverebbe obiettare che il mantenimento di una «cintura di protezione» penalmente presidiata è giustificata, nell'ipotesi in esame, da esigenze di tutela del bene supremo della vita umana. Le funzioni di prevenzione generale e speciale continuerebbero, infatti, a essere assolte dall'art. 580 cod. pen., quale risultante all'esito della pronuncia di accoglimento, stante la verificabilità ex post, da parte del giudice penale, della sussistenza delle quattro condizioni lato sensu scriminanti indicate dall'ordinanza n. 207 del 2018: condizioni la cui coesistenza risulterebbe largamente idonea a evitare che la dichiarazione di incostituzionalità possa preludere a una vanificazione della tutela dei soggetti

vulnerabili.

In questa cornice, una sentenza di «accoglimento manipolativo», che inserisca tali condizioni nel testo dell'art. 580 cod. pen., rappresenterebbe una «garanzia di certezza in senso pieno», risultando perciò preferibile tanto a una pronuncia interpretativa di rigetto, quanto a una sentenza additiva di principio: decisione, quest'ultima, che farebbe gravare sul singolo giudice l'impropria responsabilità di ricavare la regola attuativa del principio posto dalla Corte costituzionale, quando invece l'art. 25, secondo comma, Cost. impone che i confini della norma penale siano determinati e precisi.

A fronte dell'inerzia legislativa, la Corte potrebbe, d'altra parte, ricercare in norme già vigenti nell'ordinamento idonei criteri ai quali parametrare l'accertamento preventivo dei requisiti di liceità del suicidio assistito. Ciò particolarmente alla luce dei più recenti orientamenti della giurisprudenza costituzionale, dai quali emerge una netta attenuazione della tesi per cui gli interventi di accoglimento manipolativo esigerebbero l'esistenza di strette "rime obbligate": ritenendosi, di contro, sufficiente, a tal fine, che il sistema offra «precisi punti di riferimento» e «soluzioni già esistenti».

Nella specie, la Corte potrebbe utilmente attingere alla disciplina delle modalità di raccolta della volontà di revoca del consenso alle cure, di cui all'art. 1, comma 5, della legge n. 219 del 2017. I passaggi procedurali prefigurati da tale disposizione risponderebbero a molte delle esigenze di regolamentazione poste in evidenza dall'ordinanza n. 207 del 2018: in particolare, che sia un medico a verificare ex ante, all'interno dell'alleanza terapeutica con il paziente, le condizioni indicate da detta ordinanza, attestando il suo controllo mediante idonea documentazione e prospettando le possibili alternative al suicidio assistito, compresa la possibilità di ridurre le sofferenze tramite, ad esempio, le cure palliative.

La parte costituita conclude, pertanto, chiedendo che l'art. 580 cod. pen. sia dichiarato costituzionalmente illegittimo «nella parte in cui prevede che l'aiuto al suicidio sia punibile anche se la persona che ha inteso porre fine alla propria vita è "(a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli"».

Considerato in diritto

1.– La Corte d'assise di Milano dubita della legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, che prevede il reato di istigazione o aiuto al suicidio, sotto due distinti profili.

1.1.– La Corte rimettente pone in discussione, in primo luogo, il perimetro applicativo della disposizione censurata, lamentando che – secondo il diritto vivente – essa incrimini le condotte di aiuto al suicidio «in alternativa alle condotte di istigazione e, quindi, a prescindere dal loro contributo alla determinazione o al rafforzamento del proposito di suicidio».

La disposizione denunciata violerebbe, per questo verso, gli artt. 2 e 13, primo comma, della Costituzione, i quali, sancendo rispettivamente il «principio personalistico» – che pone l'uomo, e non lo Stato, al centro della vita sociale – e quello di inviolabilità della libertà personale, riconoscerebbero la libertà della persona di autodeterminarsi anche in ordine alla fine della propria

esistenza, scegliendo quando e come essa debba aver luogo.

La medesima disposizione si porrebbe, altresì, in contrasto con l'art. 117, primo comma, Cost., in relazione agli artt. 2 e 8 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con legge 4 agosto 1955, n. 848, i quali, nel salvaguardare, rispettivamente, il diritto alla vita e il diritto al rispetto della vita privata, comporterebbero – in base all'interpretazione della Corte europea dei diritti dell'uomo – che l'individuo abbia il diritto di «decidere con quali mezzi e a che punto la propria vita finirà» e che l'intervento repressivo degli Stati in questo campo possa avere soltanto la finalità di evitare rischi di indebita influenza nei confronti di soggetti particolarmente vulnerabili.

Alla luce di tutti i parametri evocati, risulterebbe, dunque, ingiustificata la punizione delle condotte di agevolazione dell'altrui suicidio che costituiscano mera attuazione di quanto autonomamente deciso da chi esercita la libertà in questione, senza influire in alcun modo sul percorso psichico del soggetto passivo, trattandosi di condotte non lesive del bene giuridico tutelato.

1.2.– La Corte milanese contesta, in secondo luogo, il trattamento sanzionatorio riservato alle condotte in questione, censurando l'art. 580 cod. pen. «nella parte in cui prevede che le condotte di agevolazione dell'esecuzione del suicidio, che non incidano sul percorso deliberativo dell'aspirante suicida, siano sanzionabili con la pena della reclusione da 5 a 10 [recte: 12] anni, senza distinzione rispetto alle condotte di istigazione».

Sotto questo profilo, la norma censurata si porrebbe in contrasto con l'art. 3 Cost., essendo le condotte di istigazione al suicidio certamente più gravi, sotto il profilo causale, rispetto a quelle di chi abbia semplicemente contribuito alla realizzazione dell'altrui autonoma determinazione di porre fine alla propria esistenza, e risultando del tutto diverse, nei due casi, la volontà e la personalità dell'agente. Sarebbero violati, inoltre, gli artt. 13, 25, secondo comma, e 27, terzo comma, Cost., in forza dei quali la libertà dell'individuo può essere sacrificata solo a fronte della lesione di un bene giuridico non altrimenti evitabile e la sanzione deve essere proporzionata alla lesione provocata, così da prevenire la violazione e provvedere alla rieducazione del reo.

2.– Con l'ordinanza n. 207 del 2018, questa Corte ha già formulato una serie di rilievi e tratto una serie di conclusioni in ordine al thema decidendum. Gli uni e le altre sono, in questa sede, confermati. A essi si salda, in consecuzione logica, l'odierna decisione.

2.1.– Con la citata ordinanza, questa Corte ha rilevato, anzitutto, come tra le questioni sollevate intercorra un rapporto di subordinazione implicita: interrogarsi sul quantum della pena ha, infatti, un senso solo ove le condotte avute di mira restino penalmente rilevanti e, dunque, solo in caso di mancato accoglimento delle questioni volte a ridisegnare i confini applicativi della fattispecie criminosa.

Ha ritenuto, altresì, infondate le plurime eccezioni di inammissibilità formulate dall'Avvocatura generale dello Stato, ivi compresa quella di omessa sperimentazione dell'interpretazione conforme a Costituzione, rilevando come la prospettata interpretazione adeguatrice risulti incompatibile con il tenore letterale della norma censurata.

2.2.– Nel merito, questa Corte ha escluso che – contrariamente a quanto sostenuto in via principale

dal giudice a quo – l'incriminazione dell'aiuto al suicidio, ancorché non rafforzativo del proposito della vittima, possa ritenersi di per sé in contrasto con la Costituzione.

Per sostenere il contrasto, non è pertinente, infatti, il riferimento del rimettente al diritto alla vita, riconosciuto implicitamente – come «primo dei diritti inviolabili dell'uomo» (sentenza n. 223 del 1996), in quanto presupposto per l'esercizio di tutti gli altri – dall'art. 2 Cost. (sentenza n. 35 del 1997), nonché, in modo esplicito, dall'art. 2 CEDU.

«Dall'art. 2 Cost. – non diversamente che dall'art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire. Che dal diritto alla vita, garantito dall'art. 2 CEDU, non possa derivare il diritto di rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire, è stato, del resto, da tempo affermato dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, proprio in relazione alla tematica dell'aiuto al suicidio (sentenza 29 aprile 2002, *Pretty contro Regno Unito*)» (ordinanza n. 207 del 2018).

Neppure, poi, è possibile desumere la generale inoffensività dell'aiuto al suicidio da un generico diritto all'autodeterminazione individuale, riferibile anche al bene della vita: diritto che il rimettente ricava dagli artt. 2 e 13, primo comma, Cost. A prescindere dalle concezioni di cui era portatore il legislatore del 1930, la ratio dell'art. 580 cod. pen. può essere agevolmente scorta, alla luce del vigente quadro costituzionale, nella «tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio. Essa assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere» (ordinanza n. 207 del 2018).

Le medesime considerazioni valgono, altresì, ad escludere che la norma censurata si ponga, sempre e comunque sia, in contrasto con l'art. 8 CEDU, il quale sancisce il diritto di ciascun individuo al rispetto della propria vita privata: conclusione, questa, confermata dalla pertinente giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo.

2.3.– All'interno del *petitum principale* del rimettente, questa Corte ha individuato, nondimeno, una circoscritta area di non conformità costituzionale della fattispecie criminosa, corrispondente segnatamente ai casi in cui l'aspirante suicida si identifichi – come nella vicenda oggetto del giudizio a quo – in una persona «(a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli» (ordinanza n. 207 del 2018).

Si tratta di «situazioni inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli sviluppi della scienza medica e della tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali». In tali casi, l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unico modo per sottrarsi, secondo le proprie scelte individuali, a un

mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare in base all'art. 32, secondo comma, Cost. Parametro, questo, non evocato nel dispositivo nell'ordinanza di rimessione, ma più volte richiamato in motivazione.

Nei casi considerati – ha osservato questa Corte – la decisione di accogliere la morte potrebbe essere già presa dal malato, sulla base della legislazione vigente, con effetti vincolanti nei confronti dei terzi, a mezzo della richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto e di contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua. Ciò, in forza della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento), la cui disciplina recepisce e sviluppa, nella sostanza, le conclusioni alle quali era già pervenuta all'epoca la giurisprudenza ordinaria – in particolare a seguito delle sentenze sui casi Welby (Giudice dell'udienza preliminare del Tribunale ordinario di Roma, sentenza 23 luglio-17 ottobre 2007, n. 2049) ed Englaro (Corte di cassazione, sezione prima civile, sentenza 16 ottobre 2007, n. 21748) – nonché le indicazioni di questa Corte riguardo al valore costituzionale del principio del consenso informato del paziente al trattamento sanitario proposto dal medico (ordinanza n. 207 del 2018): principio qualificabile come vero e proprio diritto della persona, che trova fondamento nei principi espressi negli artt. 2, 13 e 32 Cost. (sentenze n. 253 del 2009 e n. 438 del 2008).

La citata legge n. 219 del 2017 riconosce, infatti, ad «[o]gni persona capace di agire» il diritto di rifiutare o interrompere qualsiasi trattamento sanitario, ancorché necessario alla propria sopravvivenza, comprendendo espressamente nella relativa nozione anche i trattamenti di idratazione e nutrizione artificiale (art. 1, comma 5): diritto inquadrato nel contesto della «relazione di cura e di fiducia» tra paziente e medico. In ogni caso, il medico «è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo», rimanendo, «in conseguenza di ciò, [...] esente da responsabilità civile o penale» (art. 1, comma 6).

Integrando le previsioni della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) – che tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del paziente, inserendole nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza – la legge n. 219 del 2017 prevede che la richiesta di sospensione dei trattamenti sanitari possa essere associata alla richiesta di terapie palliative, allo scopo di alleviare le sofferenze del paziente (art. 2, comma 1). Lo stesso art. 2 stabilisce inoltre, al comma 2, che il medico possa, con il consenso del paziente, ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, per fronteggiare sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari. Disposizione, questa, che «non può non riferirsi anche alle sofferenze provocate al paziente dal suo legittimo rifiuto di trattamenti di sostegno vitale, quali la ventilazione, l'idratazione o l'alimentazione artificiali: scelta che innesca un processo di indebolimento delle funzioni organiche il cui esito – non necessariamente rapido – è la morte» (ordinanza n. 207 del 2018).

La legislazione oggi in vigore non consente, invece, al medico di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti, non già ad eliminare le sue sofferenze, ma a determinarne la morte. Pertanto, il paziente, per congedarsi dalla vita, è costretto a subire un processo più lento e più carico di sofferenze per le persone che gli sono care. Ne è testimonianza il

caso oggetto del giudizio principale, nel quale, «[s]econdo quanto ampiamente dedotto dalla parte costituita, [...] l'interessato richiese l'assistenza al suicidio, scartando la soluzione dell'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale con contestuale sottoposizione a sedazione profonda (soluzione che pure gli era stata prospettata), proprio perché quest'ultima non gli avrebbe assicurato una morte rapida. Non essendo egli, infatti, totalmente dipendente dal respiratore artificiale, la morte sarebbe sopravvenuta solo dopo un periodo di apprezzabile durata, quantificabile in alcuni giorni: modalità di porre fine alla propria esistenza che egli reputava non dignitosa e che i propri cari avrebbero dovuto condividere sul piano emotivo» (ordinanza n. 207 del 2018).

Al riguardo, occorre in effetti considerare che la sedazione profonda continua, connessa all'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale – sedazione che rientra nel genus dei trattamenti sanitari – ha come effetto l'annullamento totale e definitivo della coscienza e della volontà del soggetto sino al momento del decesso. Si comprende, pertanto, come la sedazione terminale possa essere vissuta da taluni come una soluzione non accettabile.

Nelle ipotesi configurate nel dettaglio all'inizio di questo punto 2.3. vengono messe in discussione, d'altronde, le esigenze di tutela che negli altri casi giustificano la repressione penale dell'aiuto al suicidio. Se, infatti, il fondamentale rilievo del valore della vita non esclude l'obbligo di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza tramite l'interruzione dei trattamenti sanitari – anche quando ciò richieda una condotta attiva, almeno sul piano naturalistico, da parte di terzi (quale il distacco o lo spegnimento di un macchinario, accompagnato dalla somministrazione di una sedazione profonda continua e di una terapia del dolore) – non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale. Quanto, poi, all'esigenza di proteggere le persone più vulnerabili, è ben vero che i malati irreversibili esposti a gravi sofferenze appartengono solitamente a tale categoria di soggetti. Ma è anche agevole osservare che, se chi è mantenuto in vita da un trattamento di sostegno artificiale è considerato dall'ordinamento in grado, a certe condizioni, di prendere la decisione di porre termine alla propria esistenza tramite l'interruzione di tale trattamento, non si vede la ragione per la quale la stessa persona, a determinate condizioni, non possa ugualmente decidere di concludere la propria esistenza con l'aiuto di altri.

La conclusione è dunque che entro lo specifico ambito considerato, il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce per limitare ingiustificatamente nonché irragionevolmente la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita.

2.4.– Con la stessa ordinanza n. 207 del 2018, questa Corte ha ritenuto, peraltro, di non poter porre rimedio – «almeno allo stato» – «al riscontrato vulnus», tramite una pronuncia meramente ablativa, riferita ai pazienti che versino nelle condizioni sopra indicate. Una simile soluzione avrebbe, infatti, generato il pericolo di lesione di altri valori costituzionalmente protetti, lasciando «del tutto priva di disciplina legale la prestazione di aiuto materiale ai pazienti in tali condizioni, in un ambito ad

altissima sensibilità etico-sociale e rispetto al quale vanno con fermezza preclusi tutti i possibili abusi».

In assenza di una specifica disciplina della materia, infatti, «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». Conseguenze, quelle ora indicate, delle quali «questa Corte non può non farsi carico» (ordinanza n. 207 del 2018).

Una regolazione della materia, intesa ad evitare simili scenari, gravidi di pericoli per la vita di persone in situazione di vulnerabilità, è suscettibile peraltro di investire plurimi profili, ciascuno dei quali, a sua volta, variamente declinabile sulla base di scelte discrezionali: «come, ad esempio, le modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto, la disciplina del relativo “processo medicalizzato”, l'eventuale riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al servizio sanitario nazionale, la possibilità di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura».

La disciplina potrebbe essere inoltre «introdotta, anziché mediante una mera modifica della disposizione penale di cui all'art. 580 cod. pen., in questa sede censurata, inserendo la disciplina stessa nel contesto della legge n. 219 del 2017 e del suo spirito, in modo da inscrivere anche questa opzione nel quadro della “relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico”, opportunamente valorizzata dall'art. 1 della legge medesima» (ordinanza n. 207 del 2018). Potrebbe prospettarsi, ancora, l'esigenza di «introdurre una disciplina ad hoc per le vicende pregresse», anch'essa variamente calibrabile.

Deve quindi, infine, essere sottolineata l'esigenza di adottare opportune cautele affinché «l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza [...] in accordo con l'impegno assunto dallo Stato con la citata legge n. 38 del 2010». Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative deve costituire, infatti, «un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente» (come già prefigurato dall'ordinanza n. 207 del 2018).

Peraltro, nel parere del 18 luglio 2019 («Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito»), il Comitato nazionale per la bioetica, pur nella varietà delle posizioni espresse sulla legalizzazione del suicidio medicalmente assistito, ha sottolineato, all'unanimità, che la necessaria offerta effettiva di cure palliative e di terapia del dolore – che oggi sconta «molti ostacoli e difficoltà, specie nella disomogeneità territoriale dell'offerta del SSN, e nella mancanza di una formazione specifica nell'ambito delle professioni sanitarie» – dovrebbe rappresentare, invece, «una priorità assoluta per le politiche della sanità».

Si cadrebbe, altrimenti, nel paradosso di non punire l'aiuto al suicidio senza avere prima assicurato

l'effettività del diritto alle cure palliative.

2.5.– Questa Corte ha rilevato, da ultimo, come, in casi simili, essa abbia dichiarato l'inammissibilità della questione sollevata, accompagnandola con un monito al legislatore per l'introduzione della disciplina necessaria a rimuovere il vulnus costituzionale: pronuncia alla quale, ove il monito fosse rimasto senza riscontro, ha fatto seguito, di norma, una declaratoria di incostituzionalità.

Tale soluzione è stata ritenuta, tuttavia, non percorribile nella specie.

La ricordata tecnica decisoria ha «l'effetto di lasciare in vita – e dunque esposta a ulteriori applicazioni, per un periodo di tempo non preventivabile – la normativa non conforme a Costituzione. La eventuale dichiarazione di incostituzionalità conseguente all'accertamento dell'inerzia legislativa presuppone, infatti, che venga sollevata una nuova questione di legittimità costituzionale, la quale può, peraltro, sopravvenire anche a notevole distanza di tempo dalla pronuncia della prima sentenza di inammissibilità, mentre nelle more la disciplina in discussione continua ad operare. Un simile effetto non può considerarsi consentito nel caso in esame, per le sue peculiari caratteristiche e per la rilevanza dei valori da esso coinvolti» (ordinanza n. 207 del 2018).

Questa Corte ha ritenuto, quindi, di dover procedere in altro modo. Facendo leva sui «propri poteri di gestione del processo costituzionale», ha fissato, cioè, una nuova udienza di trattazione delle questioni, a undici mesi di distanza (segnatamente, al 24 settembre 2019): udienza in esito alla quale avrebbe potuto essere valutata l'eventuale sopravvenienza di una legge regolatrice della materia in conformità alle segnalate esigenze di tutela.

In questo modo, si è lasciata al Parlamento la possibilità di assumere le necessarie decisioni rimesse alla sua discrezionalità, ma si è evitato che, nel frattempo, la norma potesse trovare applicazione. Il giudizio a quo è rimasto, infatti, sospeso.

3.– Deve però ora prendersi atto di come nessuna normativa in materia sia sopravvenuta nelle more della nuova udienza. Né, d'altra parte, l'intervento del legislatore risulta imminente.

I plurimi progetti di legge pure presentati in materia, di vario taglio, sono rimasti, infatti, tutti senza seguito.

Il relativo esame – iniziato presso la Camera dei deputati, quanto alle proposte di legge A.C. 1586 e abbinate – si è, infatti, arrestato alla fase della trattazione in commissione, senza che sia stato possibile addivenire neppure all'adozione di un testo unificato.

4.– In assenza di ogni determinazione da parte del Parlamento, questa Corte non può ulteriormente esimersi dal pronunciare sul merito delle questioni, in guisa da rimuovere il vulnus costituzionale già riscontrato con l'ordinanza n. 207 del 2018.

Non è a ciò d'ostacolo la circostanza che – per quanto rilevato nella medesima ordinanza e come poco sopra ricordato – la decisione di illegittimità costituzionale faccia emergere specifiche esigenze di disciplina che, pur suscettibili di risposte differenziate da parte del legislatore, non possono comunque sia essere disattese.

Il rinvio disposto all'esito della precedente udienza risponde, infatti, con diversa tecnica, alla stessa logica che ispira, nella giurisprudenza di questa Corte, il collaudato meccanismo della “doppia pronuncia” (sentenza di inammissibilità “con monito” seguita, in caso di mancato recepimento di

quest'ultimo, da declaratoria di incostituzionalità). Decorso un congruo periodo di tempo, l'esigenza di garantire la legalità costituzionale deve, comunque sia, prevalere su quella di lasciare spazio alla discrezionalità del legislatore per la compiuta regolazione della materia, alla quale spetta la priorità. Come più volte si è avuto modo di rilevare, «posta di fronte a un vulnus costituzionale, non sanabile in via interpretativa – tanto più se attinente a diritti fondamentali – la Corte è tenuta comunque a porvi rimedio» (sentenze n. 162 del 2014 e n. 113 del 2011; analogamente sentenza n. 96 del 2015). Occorre, infatti, evitare che l'ordinamento presenti zone franche immuni dal sindacato di legittimità costituzionale: e ciò «specie negli ambiti, come quello penale, in cui è più impellente l'esigenza di assicurare una tutela effettiva dei diritti fondamentali, incisi dalle scelte del legislatore» (sentenza n. 99 del 2019).

Risalente, nella giurisprudenza di questa Corte, è l'affermazione per cui non può essere ritenuta preclusiva della declaratoria di illegittimità costituzionale delle leggi la carenza di disciplina – reale o apparente – che da essa può derivarne, in ordine a determinati rapporti (sentenza n. 59 del 1958). Ove, però, i vuoti di disciplina, pure in sé variamente colmabili, rischiano di risolversi a loro volta – come nel caso di specie – in una menomata protezione di diritti fondamentali (suscettibile anch'essa di protrarsi nel tempo, nel perdurare dell'inerzia legislativa), questa Corte può e deve farsi carico dell'esigenza di evitarli, non limitandosi a un annullamento “secco” della norma incostituzionale, ma ricavando dalle coordinate del sistema vigente i criteri di riempimento costituzionalmente necessari, ancorché non a contenuto costituzionalmente vincolato, fin tanto che sulla materia non intervenga il Parlamento (in questo senso, sentenze n. 40 del 2019, n. 233 e 222 del 2018 e n. 236 del 2016).

5.– Ciò posto, per quanto attiene ai contenuti della presente decisione, questa Corte ha già puntualmente individuato, nell'ordinanza n. 207 del 2018, le situazioni in rapporto alle quali l'indiscriminata repressione penale dell'aiuto al suicidio, prefigurata dall'art. 580 cod. pen., entra in frizione con i precetti costituzionali evocati. Si tratta in specie – come si è detto – dei casi nei quali venga agevolata 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 trova intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

Quanto, poi, all'esigenza di evitare che la sottrazione pura e semplice di tale condotta alla sfera di operatività della norma incriminatrice dia luogo a intollerabili vuoti di tutela per i valori protetti, generando il pericolo di abusi «per la vita di persone in situazioni di vulnerabilità» (ordinanza n. 207 del 2018), già più volte questa Corte, in passato, si è fatta carico dell'esigenza di scongiurare esiti simili: in particolare, subordinando la non punibilità dei fatti che venivano di volta in volta in rilievo al rispetto di specifiche cautele, volte a garantire – nelle more dell'intervento del legislatore – un controllo preventivo sull'effettiva esistenza delle condizioni che rendono lecita la condotta.

Ciò è avvenuto, ad esempio, in materia di aborto, con la sentenza n. 27 del 1975 (la quale dichiarò illegittimo l'art. 546 cod. pen., nella parte in cui non prevedeva che la gravidanza potesse essere interrotta quando l'ulteriore gestazione implicasse «danno, o pericolo, grave, medicalmente accertato nei sensi di cui in motivazione e non altrimenti evitabile, per la salute della madre»); ovvero, più di

recente, in materia di procreazione medicalmente assistita, con le sentenze n. 96 e n. 229 del 2015 (le quali hanno dichiarato illegittime, rispettivamente, le disposizioni che negavano l'accesso alle relative tecniche alle coppie fertili portatrici di gravi malattie genetiche, trasmissibili al nascituro, «accertate da apposite strutture pubbliche», e la disposizione che puniva ogni forma di selezione eugenetica degli embrioni, senza escludere le condotte di selezione volte a evitare l'impianto nell'utero della donna di embrioni affetti da gravi malattie genetiche trasmissibili accertate nei predetti modi).

Nell'odierno frangente, peraltro, un preciso «punto di riferimento» (sentenza n. 236 del 2016) già presente nel sistema – utilizzabile ai fini considerati, nelle more dell'intervento del Parlamento – è costituito dalla disciplina racchiusa negli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017: disciplina più volte richiamata, del resto, nella stessa ordinanza n. 207 del 2018.

La declaratoria di incostituzionalità attiene, infatti, in modo specifico ed esclusivo all'aiuto al suicidio prestato a favore di soggetti che già potrebbero alternativamente lasciarsi morire mediante la rinuncia a trattamenti sanitari necessari alla loro sopravvivenza, ai sensi dell'art. 1, comma 5, della legge ora citata: disposizione che, inserendosi nel più ampio tessuto delle previsioni del medesimo articolo, prefigura una “procedura medicalizzata” estensibile alle situazioni che qui vengono in rilievo.

Il riferimento a tale procedura – con le integrazioni di cui si dirà in seguito – si presta a dare risposta a buona parte delle esigenze di disciplina poste in evidenza nell'ordinanza n. 207 del 2018.

Ciò vale, anzitutto, con riguardo alle «modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto». Mediante la procedura in questione è, infatti, già possibile accertare la capacità di autodeterminazione del paziente e il carattere libero e informato della scelta espressa. L'art. 1, comma 5, della legge n. 219 del 2017 riconosce, infatti, il diritto all'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in corso alla persona «capace di agire» e stabilisce che la relativa richiesta debba essere espressa nelle forme previste dal precedente comma 4 per il consenso informato. La manifestazione di volontà deve essere, dunque, acquisita «nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente» e documentata «in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare», per poi essere inserita nella cartella clinica. Ciò, «[f]erma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà»: il che, peraltro, nel caso dell'aiuto al suicidio, è insito nel fatto stesso che l'interessato conserva, per definizione, il dominio sull'atto finale che innesca il processo letale.

Lo stesso art. 1, comma 5, prevede, altresì, che il medico debba prospettare al paziente «le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative», promovendo «ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica». In questo contesto, deve evidentemente darsi conto anche del carattere irreversibile della patologia: elemento indicato nella cartella clinica e comunicato dal medico quando avvisa il paziente circa le conseguenze legate all'interruzione del trattamento vitale e sulle «possibili alternative». Lo stesso deve dirsi per le sofferenze fisiche o psicologiche: il promovimento delle azioni di sostegno al paziente, comprensive soprattutto delle terapie del dolore, presuppone una conoscenza accurata delle condizioni di sofferenza.

Il riferimento a tale disciplina implica, d'altro canto, l'inerenza anche della materia considerata alla relazione tra medico e paziente.

Quanto all'esigenza di coinvolgimento dell'interessato in un percorso di cure palliative, l'art. 2 della legge n. 219 del 2017 prevede che debba essere sempre garantita al paziente un'appropriate terapia del dolore e l'erogazione delle cure palliative previste dalla legge n. 38 del 2010 (e da questa incluse, come già ricordato, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza). Tale disposizione risulta estensibile anch'essa all'ipotesi che qui interessa: l'accesso alle cure palliative, ove idonee a eliminare la sofferenza, spesso si presta, infatti, a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita.

Similmente a quanto già stabilito da questa Corte con le citate sentenze n. 229 e n. 96 del 2015, la verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio deve restare peraltro affidata – in attesa della declinazione che potrà darne il legislatore – a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale. A queste ultime spetterà altresì verificare le relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze.

La delicatezza del valore in gioco richiede, inoltre, l'intervento di un organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità. Nelle more dell'intervento del legislatore, tale compito è affidato ai comitati etici territorialmente competenti. Tali comitati – quali organismi di consultazione e di riferimento per i problemi di natura etica che possano presentarsi nella pratica sanitaria – sono, infatti, investiti di funzioni consultive intese a garantire la tutela dei diritti e dei valori della persona in confronto alle sperimentazioni cliniche di medicinali o, amplius, all'uso di questi ultimi e dei dispositivi medici (art. 12, comma 10, lettera c, del d.l. n. 158 del 2012; art. 1 del decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013, recante «Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici»): funzioni che involgono specificamente la salvaguardia di soggetti vulnerabili e che si estendono anche al cosiddetto uso compassionevole di medicinali nei confronti di pazienti affetti da patologie per le quali non siano disponibili valide alternative terapeutiche (artt. 1 e 4 del decreto del Ministro della salute 7 settembre 2017, recante «Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica»).

6.– Quanto, infine, al tema dell'obiezione di coscienza del personale sanitario, vale osservare che la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato.

7.– I requisiti procedurali dianzi indicati, quali condizioni per la non punibilità dell'aiuto al suicidio prestato a favore di persone che versino nelle situazioni indicate analiticamente nel precedente punto 2.3., valgono per i fatti successivi alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica.

In quanto enucleate da questa Corte solo con la presente sentenza, in attesa dell'intervento del

legislatore, le condizioni procedurali in questione non possono essere richieste, tal quali, in rapporto ai fatti anteriormente commessi, come quello oggetto del giudizio a quo, che precede la stessa entrata in vigore della legge n. 219 del 2017. Rispetto alle vicende pregresse, infatti, le condizioni in parola non risulterebbero, in pratica, mai puntualmente soddisfatte.

Ciò impone una diversa scansione del contenuto della pronuncia sul piano temporale.

Riguardo ai fatti anteriori la non punibilità dell'aiuto al suicidio rimarrà subordinata, in specie, al fatto che l'agevolazione sia stata prestata con modalità anche diverse da quelle indicate, ma idonee comunque sia a offrire garanzie sostanzialmente equivalenti.

Occorrerà dunque che le condizioni del richiedente che valgono a rendere lecita la prestazione dell'aiuto – patologia irreversibile, grave sofferenza fisica o psicologica, dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e capacità di prendere decisioni libere e consapevoli – abbiano formato oggetto di verifica in ambito medico; che la volontà dell'interessato sia stata manifestata in modo chiaro e univoco, compatibilmente con quanto è consentito dalle sue condizioni; che il paziente sia stato adeguatamente informato sia in ordine a queste ultime, sia in ordine alle possibili soluzioni alternative, segnatamente con riguardo all'accesso alle cure palliative ed, eventualmente, alla sedazione profonda continua. Requisiti tutti la cui sussistenza dovrà essere verificata dal giudice nel caso concreto.

8.– L'art. 580 cod. pen. deve essere dichiarato, dunque, costituzionalmente illegittimo, per violazione degli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017 – ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi dianzi indicati –, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente.

L'ulteriore questione sollevata in via principale per violazione dell'art. 117, primo comma, Cost., in riferimento agli artt. 2 e 8 CEDU, resta assorbita.

Parimente assorbite restano le questioni subordinate, attinenti alla misura della pena.

9.– Questa Corte non può fare a meno, peraltro, di ribadire con vigore l'auspicio che la materia formi oggetto di sollecita e compiuta disciplina da parte del legislatore, conformemente ai principi precedentemente enunciati.

Per Questi Motivi

LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) – ovvero, quanto ai

fatti anteriori alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi di cui in motivazione –, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 25 settembre 2019.

F.to:

Giorgio LATTANZI, Presidente

Franco MODUGNO, Redattore

Roberto MILANA, Cancelliere

Depositata in Cancelleria il 22 novembre 2019.

Il Direttore della Cancelleria

F.to: Roberto MILANA



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons  
Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 2.5 Italia.