

Il suicidio assistito dopo Corte cost. n. 242/2019.

A prima lettura*

Luciano Eusebi**

SOMMARIO: 1. Una pronuncia di non punibilità. – 2. Il dovere di attivazione delle cure palliative (diverse dalla sedazione profonda). – 3. I requisiti sostanziali rilevanti per la non punibilità. – 4. I requisiti procedurali richiesti dalla sentenza: il ruolo della struttura sanitaria pubblica. – 5. (Segue) Il ruolo del comitato etico. – 6. La posizione dell'Ordine dei medici, in rapporto al codice di deontologia medica. – 7. È necessario un intervento del legislatore? – 8. Le permanenti criticità della sentenza.

1. Una pronuncia di non punibilità

Questo il punto di partenza certo. Nel suo dispositivo, la sentenza in epigrafe ha ritenuto non conforme alla Costituzione, con una pronuncia di illegittimità parziale dell'art. 580 c.p., che sia penalmente sanzionato pure chi, «con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 l. n. 219/2017» (oppure, circa i fatti pregressi rispetto alla sentenza, con modalità equivalenti), «agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente».

In questo quadro, la Corte, in effetti, è molto chiara. Escludendo che si ponga l'esigenza di prevedere l'obiezione di coscienza per il personale sanitario, precisa: «La presente decla-

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Professore ordinario di Diritto penale nell'Università Cattolica del Sacro Cuore, luciano.eusebi@unicatt.it.

ratoria 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» (si noti: ai medici, e non soltanto al singolo medico). E nello stesso *Comunicato* del 22 novembre 2019 che accompagna la pronuncia, una volta «ribadito che l'*incriminazione* dell'aiuto al suicidio non è, di per sé, in contrasto con la Costituzione», si spiega che «è stata però individuata una circoscritta area in cui l'*incriminazione* non è conforme a Costituzione» [corsivi nostri].

Viene dunque in considerazione, per l'appunto, la non punibilità (quale ne sia la qualificazione penalistica), dati certi presupposti, di un aiuto prestato al suicidio, non l'attribuzione ai medici, o a chiunque altro, del dovere di attivarsi per rendere praticabile un suicidio (cioè un'anticipazione *non naturale* del momento della morte). Di un simile dovere, o della *esigibilità* di un aiuto, nella pronuncia della Corte costituzionale non c'è traccia: né con riguardo ai medici, né con riguardo alle istituzioni sanitarie, né con riguardo a chiunque rivesta una posizione giuridica rilevante nel rapporto con il malato.

2. Il dovere di attivazione delle cure palliative (diverse dalla sedazione profonda)

Il dovere su cui insiste la Corte costituzionale, semmai, concerne la garanzia, anche in rapporto alla materia cui si riferisce la sua pronuncia, delle cure palliative. Secondo la Corte, che in ciò riprende la sua stessa ordinanza (n. 207/2018) di rinvio dell'udienza sulla questione ora decisa, «deve essere sottolineata – infatti – 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». Così che, prosegue la Corte, «il coinvolgimento in un percorso di cure palliative *deve costituire* [corsivo nostro] pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente».

Un assunto, quest'ultimo, il quale implica che il paziente il quale ritenga di accedere (ove sussistano i requisiti richiesti dalla sentenza in esame) al suicidio assistito debba avere consentito in precedenza – sebbene i trattamenti palliativi, come ogni altro trattamento sanitario, non possano essere *imposti* al paziente – all'attivazione di tali trattamenti. Diversamente, infatti, non potrebbe dirsi realizzato uno dei requisiti summenzionati, vale a dire il darsi di sofferenze fisiche o psicologiche che il malato reputi intollerabili: posto che una sofferenza, anche psicologica, non può essere riconosciuta intollerabile – tanto più quando la conseguenza non abbia rimedio – nel caso in cui non si sia permesso di contrastarla (e *a fortiori* ove neppure si sia offerta al malato la possibilità di contrastarla).

3. I requisiti sostanziali rilevanti per la non punibilità

Per quanto concerne, invece, i requisiti sostanziali richiesti dalla Corte costituzionale per la non punibilità *ex art. 580 c.p.* del soggetto che abbia tenuto una condotta di agevolazione dell'altrui suicidio, deve constatarsi che tali requisiti di non punibilità vengono ritagliati dalla sentenza n. 242/2019 (come già dall'ordinanza n. 207/2018) rispetto a una condotta generale di aiuto al suicidio che resta punibile: avendo la Corte «escluso che l'incriminazione dell'aiuto al suicidio, ancorché non rafforzativo del proposito della vittima, possa ritenersi di per sé in contrasto con la Costituzione».

La Corte, in altre parole, ha tracciato un'eccezione, *circoscrivendola*, rispetto all'ambito applicativo di un delitto che ritiene costituzionalmente ineccepibile («ha individuato una circoscritta area di non conformità costituzionale della fattispecie criminosa») e, di conseguenza, ha indicato entro quali limiti simile eccezione possa, a suo avviso, operare.

Ciò significa che l'incostituzionalità dell'art. 580 vale, ad avviso della Corte, nei soli limiti di quei requisiti, tutti necessari. Se dunque la Corte avesse ritenuto ipotizzabile un ambito di incostituzionalità della norma *più esteso*, nel momento in cui s'interrogava sui criteri dell'eccezione possibile, non avrebbe fatto altro che descrivere quei limiti in maniera meno rigorosa.

Il che assume particolare rilievo con riguardo al requisito consistente nell'essere colui il quale chieda aiuto per il suicidio «una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale»: requisito di cui i fautori più accesi del passaggio posto in essere con la sentenza n. 242/2019 hanno subito manifestato di auspicare il superamento, come *passo successivo*. D'altra parte, l'insuperabilità del suddetto requisito risulta evidente ove si consideri che l'argomentazione svolta dalla Corte nelle due pronunce succedutesi circa l'art. 580 c.p. risulta fondata sull'affermazione (ancorché ben discutibile) secondo cui non si potrebbe vietare il suicidio a chi già avrebbe potuto prendere «la decisione di accogliere la morte», *ex art. 1 l. n. 219/2017*, «a mezzo della richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto».

La Corte, dunque, non attribuisce rilievo, circa i casi in cui ritiene il suicidio assistito non punibile, all'autodeterminazione del malato in quanto ritenuta prevalente rispetto all'indisponibilità della vita, bensì al fatto che, non potendosi imporre al malato la prosecuzione di un trattamento sanitario ancorché salvavita e, di conseguenza, potendo il malato interrompere *legalmente* simili trattamenti, questi può trovarsi nella condizione di aver già deciso di addivenire alla morte: per cui in tale condizione, e solo in tale condizione, non gli andrebbe precluso di anticipare di poco attraverso il suicidio assistito una morte il cui processo immediato sarebbe, comunque, messo in atto dall'interruzione di quei medesimi trattamenti.

Ne deriva che non c'è spazio, sulla base della sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale, per letture estensive, in sede applicativa, dei requisiti sostanziali in essa fissati per la non punibilità dell'aiuto al suicidio, né per ulteriori rimessioni alla Corte costituzionale

dell'art. 580 c.p. onde dilatare l'ambito di tale non punibilità, posto che il loro accoglimento esigerebbe che la Corte smentisca l'intero impianto della sentenza in esame.

4. I requisiti procedurali richiesti dalla sentenza: il ruolo della struttura sanitaria pubblica

Rappresenta un elemento di (almeno parziale) novità della sentenza n. 242/2019, rispetto alla stessa ordinanza n. 207/2018, la precisazione di alcuni requisiti procedurali configurati, essi pure, come necessari al fine di un suicidio assistito non punibile: requisiti che si aggiungono sia a quanto già si diceva circa l'attivazione delle cure palliative, sia alla richiesta che la volontà del paziente di porre termine alla sua vita risulti espressa secondo i criteri di manifestazione di un consenso libero e informato previsti dall'art. 1, commi 4 e 5, della n. 219/2017.

Questo implica che soltanto un medico potrà attestare simile volontà del malato e, con essa, la presenza dei requisiti di carattere sostanziale che assumono rilievo in base alla sentenza n. 242/2019: l'attualità dei trattamenti di sostegno vitale, l'irreversibilità della patologia, l'intollerabilità, dichiarata in modo credibile dal malato, delle sofferenze fisiche o psicologiche, nonostante l'applicazione delle cure palliative.

La sentenza che commentiamo, tuttavia, introduce requisiti ulteriori di carattere procedurale. In primo luogo, esige che gli accertamenti suddetti vengano compiuti nell'ambito di una struttura sanitaria pubblica («la verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio deve restare affidata – in attesa della declinazione che potrà darne il legislatore – a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale»): di modo che, nel caso in cui personale medico si renda disponibile a un percorso di assistenza al suicidio, possa realizzarsi un controllo, relativo alle modalità di tale percorso, operato da tale tipo di strutture («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»).

Per strutture *pubbliche* devono intendersi strutture *soggettivamente* pubbliche: se, infatti, la Corte avesse voluto ricomprendere qualsiasi struttura inquadrata nel servizio sanitario nazionale non avrebbe inserito quell'aggettivo.

Si noti, in proposito, che la Corte costituzionale richiede alla struttura pubblica solo compiti di verifica e di garanzia: in modo non dissimile, nella sostanza, da ciò che la medesima è chiamata a svolgere, attraverso i suoi organi, rispetto alla generalità delle pratiche sanitarie.

La sentenza, dunque, non esige affatto la creazione presso le strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale di articolazioni organizzative per l'aiuto al suicidio, né prevede che tali strutture siano tenute ad assicurare, secondo il modello dell'art. 9, co. 4, l. n. 194/1978, l'espletamento di un simile aiuto. Ciò in conformità alla dichiarata insussistenza di un obbligo *dei medici*, e pertanto dello stesso servizio sanitario nazionale, ad agire in tal senso:

vale a dire, in conformità alla configurazione dell'aiuto medesimo, presenti le condizioni indicate dalla Corte, come mera condotta non punibile, perché inidonea a giustificare l'intervento penale.

Semmai, appare logico che le menzionate strutture sanitarie, onde realizzare la funzione di verifica loro assegnata, esigano, quale presupposto dell'aiuto al suicidio, l'attestazione riguardante il sussistere dei singoli requisiti di cui alla sentenza n. 242/2019 da parte delle varie competenze professionali coinvolte nella situazione concreta, in corrispondenza alla natura dei requisiti stessi e alla patologia in atto: come del resto si afferma anche nel testo presentato dalla Federazione degli Ordini dei medici e degli odontoiatri (FNOMCeO) in sede di audizione presso la Camera dei Deputati il 30 maggio 2019.

5. (Segue) Il ruolo del comitato etico

Il summenzionato controllo dovrà estendersi, peraltro, a un altro elemento procedurale previsto come necessario dalla Corte, cioè all'acquisizione del parere, circa l'aiuto al suicidio, di un comitato etico indipendente («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»): organo individuato nella sentenza, almeno fino a un eventuale intervento in materia del legislatore, nei comitati etici territoriali per le sperimentazioni cliniche.

Ci si può dunque domandare quale debba essere il valore da attribuirsi al parere di tale comitato. E, a tal proposito, parrebbe che la Corte muova dal convincimento che il parere dei comitati etici sia, per sua natura, consultivo (come è nelle norme dalla stessa richiamate). Forse non avvedendosi che proprio con riguardo alla funzione principale attualmente svolta dai comitati etici in ambito sanitario, quella (richiamata dalla Corte) relativa alle sperimentazioni cliniche di medicinali, il parere del comitato è vincolante: «una sperimentazione clinica può essere avviata nel singolo centro solo se il comitato etico e, ove previsto, le autorità competenti sono giunti alla conclusione che i benefici previsti, terapeutici e in materia di sanità pubblica, giustificano i rischi e può essere proseguita solo se il rispetto di tale requisito è costantemente verificato» (art. 3, co. 1, d.lgs. n. 211/2003; si veda altresì l'art. 3, co. 2, d.lgs. n. 200/2007).

D'altra parte, sarebbe ben difficile il realizzarsi della suddetta funzione di garanzia che la sentenza n. 242/2019 attribuisce al comitato etico (al pari della funzione di garanzia concernente la congruità del rapporto tra rischi e benefici che il comitato etico assume circa le sperimentazioni farmacologiche), ove l'assistenza al suicidio fosse attuabile nonostante il parere contrario del medesimo comitato. Se, dunque, il parere positivo non può costringere i medici a procedere nell'aiuto al suicidio, deve ritenersi che il parere negativo non permetta simile aiuto con riguardo alla situazione per la quale il parere stesso sia stato richiesto.

6. La posizione dell'Ordine dei medici, in rapporto al codice di deontologia medica

È noto il disagio manifestato dalla FNOMCeO per il fatto che la Corte costituzionale, e in tal modo la legge, sia intervenuta su un aspetto fondamentale dell'attività medica, il divieto di agire *per la morte*, oggetto del giuramento professionale e di una delle norme più radicate nel tempo del codice deontologico (vale a dire l'art. 17, in forza del quale «il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte»), non tenendo conto dei principi inerenti all'attività medica tradizionalmente definiti in autonomia dalla stessa comunità medica.

Ragione per cui già in sede di audizione parlamentare il 30 maggio 2019 i rappresentanti della FNOMCeO, richiamando la deliberazione in materia approvata il precedente 14 marzo dalla Consulta deontologica nazionale della medesima Federazione, ebbero a precisare che, per quanto concerne tale Federazione, la competenza dei medici non potrà andare oltre la «definizione clinica» delle condizioni cui la Corte attribuisca rilievo, per cui, di conseguenza, non potrà estendersi alla prescrizione (né, dunque, alla messa a disposizione del malato che abbia richiesto l'aiuto al suicidio) di farmaci mortali.

Al di là, in ogni caso, della questione inerente alla sanzionabilità, sulla base dell'ordinamento professionale, del medico che agisca secondo quanto dichiarato non punibile (ma non implicante doveri per il medico stesso) da parte Corte costituzionale, resta del tutto legittima l'indicazione degli Ordini professionali dei medici relativa alla persistente validità, per i medici, di quanto previsto dal Codice di deontologia medica (posto, osserva la FNOMCeO, che l'entrata in vigore di nuove norme legislative non implica «automatici cambiamenti della disciplina deontologica»).

7. È necessario un intervento del legislatore?

Sulla base di quanto sin qui s'è detto, un intervento del legislatore, in effetti, appare possibile (come evoca la Corte stessa), ma non indispensabile: posto che il quadro delineato dalla Corte costituzionale, a meno di forzature, risulta – a parte la sua condivisibilità – sufficientemente chiaro (salvo eventuali precisazioni sul piano sublegislativo che si pongano negli stretti limiti dettati dalla sentenza).

Certamente, il legislatore potrebbe anche ridefinire l'intera casistica di cui alla sentenza n. 242/2019 attraverso una regolamentazione di tipo non penalistico.

Ma non sarebbe davvero auspicabile che un passaggio parlamentare venga utilizzato, invece, per estendere l'ambito di ammissibilità dell'assistenza al suicidio, vanificando in tal modo tutti i *caveat* della Corte costituzionale attraverso i quali la medesima vorrebbe scongiurare dinamiche culturali rivolte a favorire, per ragioni di fatto economiche, il congedarsi spontaneo dalla vita delle persone che si trovino in determinate condizioni di

salute, presentando come l'unica davvero *dignitosa* una simile scelta. Fino a percorrere fino in fondo il declivio che conduce ad autorizzare l'eutanasia.

Il che risulta tanto più delicato ove si considerino le difficoltà che insorgerebbero per il delinarsi di un contenzioso, rispetto alle evoluzioni da ultimo considerate, il quale consenta un sindacato su di esse da parte della medesima Corte costituzionale.

8. Le permanenti criticità della sentenza

Quando sin qui detto non elide le riserve che chi scrive ha ripetutamente manifestato¹ circa l'opportunità del passaggio operato dalla Corte costituzionale ammettendo un inedito attivarsi non punibile per la morte altrui (al di fuori delle condizioni proprie di una legittima difesa o di uno stato di necessità): e pervenendo, addirittura, a qualificare come *terapie* i mezzi utilizzabili per un simile esito.

Desta perplessità, in particolare, la proporzionalità che si dovrebbe riscontrare tra l'intento di garantire una morte subitanea al paziente il quale, interrotte terapie di sostegno vitale, concluderebbe comunque in brevissimo tempo la sua vita (con ogni premura per la sua persona) nella totale assenza di sofferenze, grazie alla terapia del dolore o, se necessario, alla sedazione palliativa profonda, e l'apertura dell'ordinamento giuridico a contesti di cooperazione alla morte, così che la morte, per la prima volta, ne risulta configurata come una risposta plausibile ai problemi di un essere umano (con le parole utilizzate in senso critico dalla FNOMCeO nel documento di cui sopra, come «un alleato» che possa «risolvere le sofferenze di una persona»).

Ciò tanto più ove si consideri, da un lato, che le ragioni addotte per simile esito risultano l'intento alquanto generico di assicurare al malato, secondo la sua visione, una morte dignitosa (non risultando affatto scontato, del resto, che una morte artificialmente anticipata sia più *dignitosa*, e meno soggetta a complicazioni, di una morte naturale assistita attraverso l'esclusione di qualsiasi sofferenza), nonché l'intento, davvero sorprendente, di proteggere le persone care al paziente dall'approccio con un iter di morte un poco più prolungato (se si tratta di salvaguardare chi vive dal confronto con il carattere mortale dell'esistenza umana le conseguenze diventano impensabili). E, dall'altro lato, si considerino nel contempo i rischi, non soltanto ipotetici, concernenti la tenuta, nella prassi, dei limiti fissati, in materia, dalla Corte costituzionale.

¹ Cfr., p. es., L. EUSEBI, *Regole di fine vita e poteri dello Stato: sulla ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale*, in F.S. MARINI, C. CUPELLI (a cura di), *Il caso Cappato. Riflessioni a margine dell'ordinanza della Corte costituzionale n. 207 del 2018*, Napoli, ESI, 2019, pp. 131 ss.; ID., *Un diritto costituzionale a morire «rapidamente»? Sul necessario approccio costituzionalmente orientato a Corte cost. (ord.) n. 207/2018*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, XL, 2018, n. 4, pp. 1313 ss.

Né ci si può esimere dal rimarcare la differenza di fondo tra l'impossibilità per il medico di proseguire nelle terapie salvavita ove il malato non lo consenta (mai trascurando, peraltro, che sulle motivazioni di una simile scelta incidono, sovente in maniera decisiva, le modalità con cui il malato si sia sentito accolto od assistito) e l'attivazione diretta del medico per procurare l'anticipazione della morte.

La credibilità del sistema giuridico, in ogni caso, dovrebbe esigere, quantomeno, che i limiti tracciati dalla Corte costituzionale, sia in sede sostanziale che procedurale, in merito all'area di non punibilità che ha individuato circa l'aiuto al suicidio risultino effettivi. Posto che esperienze passate destano non marginali preoccupazioni (si pensi al destino dell'accertamento medico del grave pericolo per la salute della donna richiesto da Corte cost. n. 27/1975, o anche all'impegno richiesto dalla stessa legge n. 194/1978 per un serio aiuto alla donna che manifesti problemi in rapporto a una gravidanza).