

Diritto a vivere, suicidio, eutanasia*

Luciano Eusebi**

SOMMARIO:1. Il ‘diritto a vivere’ quale diritto democratico fondamentale e l’equivocità del c.d. ‘diritto di morire’. – 2. Il ruolo del consenso ai trattamenti sanitari, l’importanza della medicina ‘palliativa’ e le scelte della legge n. 219/2017. – 3. Il Rubicone oltrepassato: sul superamento, pur circoscritto, del divieto di agire per la morte del paziente attraverso la sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale in tema di aiuto al suicidio.

ABSTRACT:

Il testo costituisce una riflessione di sintesi – sulla base di precedenti studi più analitici dell’Autore circa le varie fasi degli sviluppi normativi rispetto ai temi del fine vita – in merito ai nodi critici di un’apertura, pur circoscritta secondo i criteri definiti dalla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale, verso forme di cooperazione diretta del medico al suicidio del paziente. Operata una premessa riguardante i rischi di uno spostamento dell’interesse, nell’opinione pubblica, dall’ambito dei diritti sociali, come quello alla salute, all’ambito di diritti rivolti a una gestione privatizzata dei problemi individuali, vengono passati, preventivamente, in rassegna i problemi che restano aperti, nel quadro giuridico attuale, per quanto concerne il rapporto del medico con il malato ai fini delle decisioni sui trattamenti sanitari.

Proceeding from more analytical studies previously conducted by the Author about the regulatory developments on the subject of the end of life, the paper contains a summary reflection concerning the critical issues of an opening, although limited according to the criteria defined by the Constitutional Court (judgment no. 242 of 2019), towards forms of direct cooperation of the doctor in the suicide of the patient. After an introduction about the risks associated with a shift of public concern from the sphere of social rights, such as healthcare, to the sphere of rights aimed at a privatized management of individual matters, the problems, which are still open in the current legal framework, relating to the doctor-patient relationship in sight of decisions on medical treatments are examined.

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Professore ordinario di Diritto penale nell’Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

1. Il 'diritto a vivere' quale diritto democratico fondamentale e l'equivocità del c.d. 'diritto di morire'

Come afferma all'art. 3 il codice di deontologia medica, è compito dell'attività sanitaria tutelare la vita e la salute del malato, garantendo il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza: diritti che, dunque, hanno spessore *sociale*, in quanto richiedono impegno, organizzazione, investimenti. Ebbene, avevamo creduto che la loro garanzia fosse scontata, almeno nei paesi economicamente progrediti. Anzi, il *tam tam* mediatico ci aveva fatto credere, in anni recenti, che il diritto alla vita risultasse, come dire, fin troppo tutelato, nel solco del *paternalismo medico*. Così da avallare l'idea che fosse prassi comune adottare trattamenti sanitari sproporzionati, il cosiddetto *accanimento terapeutico*, e che vi fosse indifferenza, invece, per la qualità di vita del malato. Per cui si sarebbe resa prioritaria l'esigenza del *difendersi* dalla medicina in quanto istituzione *sociale*, attraverso il far valere, nei suoi confronti, diritti di natura *individuale*: il diritto, ad esempio, di gestire in privato, senza oneri tributari, il rischio sanitario, oppure di ravvisare nel medico un mero esecutore tecnico delle proprie disposizioni; fino al c.d. *diritto di morire*, cioè di ottenere attraverso il coinvolgimento del medico o di altri soggetti – *anticipando* il momento della morte – l'esito addirittura antitetico a quello proprio dell'attività sanitaria.

Il fatto è che lo spostamento dell'attenzione pubblica, in Italia, intorno a simili *diritti* – tali da non comportare *costi* per il loro esercizio – ha sortito almeno due effetti. Per un verso, il risultato di una progressiva erosione sottotraccia, senza alcun particolare allarme insorto nell'opinione pubblica, delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale e, in particolare, al reclutamento del personale sanitario. Salvo poi dover constatare, al manifestarsi della pandemia Covid-19, la mancanza dei presidi sanitari minimali per accostare i malati, con tutti i drammatici effetti ben noti, le carenze della rete sanitaria sul territorio, il non aggiornamento e la mancata implementazione del piano nazionale di contrasto delle pandemie virali, l'insufficienza dei presidi di terapia intensiva e semintensiva, e così via. Con la brusca presa di coscienza del fatto che per migliaia e migliaia di persone soprattutto anziane, in certe aree del nord-Italia, il diritto a cercare di poter sopravvivere nonostante il contagio da SARS-CoV-2 non è stato affatto assicurato. Così che ne è derivata una certa respiscenza circa l'importanza del Servizio sanitario pubblico (sulla base dell'art. 32, comma 1, della Costituzione), specie se riguardata in parallelo con la gestione sfuggita di mano della pandemia perfino nel paese più ricco del mondo, dove la tutela della salute resta per gran parte affidata all'iniziativa e alla capacità economica di ciascun singolo individuo. Per altro verso, l'essere sovente trasmigrato il focus dell'interesse proposto al sentire sociale in tema di sanità dalla premura affinché ciascuno possa beneficiare secondo i suoi bisogni dell'attività medica alla *diffidenza* nei confronti della medicina, ha reso inevitabile constatare, nel contempo, come la rinuncia ai trattamenti sanitari, specie ove riguardi malati cronici o non più suscettibili di guarigione, risulti *redditizia* sul piano economico e tale da ridurre gli oneri umani della *care* nei confronti dei pazienti. Da cui l'equivocità dell'enfaticizzazione, non rara nei *media*, di una simile rinuncia come *dignitosa*, ove un cer-

to stato di salute non risulti più recuperabile: quasi che non sia dignitoso, invece, vivere condizioni esistenziali di debolezza, implicanti la dimensione tutta umana dell'affidamento. Il che lascia emergere come lo stesso asserito *diritto di morire* si trasformi, facilmente, in una forte pressione a farne uso (nel *dovere*, cioè, di esercitarlo): posto che, affermato quel *diritto*, il ricevere trattamenti sanitari in date situazioni non risulta più *normale*, bensì oggetto di una scelta, e pertanto di una *pretesa*, nei confronti della società. Con inevitabili dinamiche di colpevolizzazione dei pazienti non più recuperabili a certi standard di vita (e delle loro famiglie) nel caso in cui continuino a richiedere assistenza medica e sociale. Motivo, quest'ultimo, per il quale papa Francesco è solito rimarcare che gli indirizzi *lato sensu* eutanasi finiscono per manifestarsi funzionali a quella che egli identifica come *cultura dello scarto*.

2. Il ruolo del consenso ai trattamenti sanitari, l'importanza della medicina 'palliativa' e le scelte della legge n. 219/2017

Nonostante i trend culturali di cui s'è detto, il tema delle decisioni sui trattamenti sanitari resta delicato. Né lo spessore etico di simili decisioni può essere garantito esclusivamente per via giuridica. Agire sul corpo di una persona necessita, infatti, di passare attraverso il rapporto con tale persona, e dunque, se capace d'intendere e di volere, attraverso il suo consenso.

Ciò diventa tanto più indispensabile rispetto agli strumenti propri della medicina moderna, che talora sollevano interrogativi complessi, non soltanto di ordine tecnico, circa i criteri e i limiti della loro utilizzazione.

A conferma di come simile problematica non possa essere elusa, appare significativo richiamare brevemente la riflessione stessa, in materia, della Chiesa cattolica, in quanto realtà non certo sospettabile di scarso interesse per la salvaguardia della vita umana. Una riflessione che valorizza il ruolo del malato (pur facendo conto, ovviamente, sullo spessore morale delle sue scelte), la quale fu espressa già in epoca anteriore al dibattito sul fine vita di questi ultimi anni: lasciando emergere, in tal modo, la percorribilità di un dialogo pacato, scevro da semplificazioni o rimozioni, in merito alle decisioni in oggetto, senza che il medesimo debba essere identificato con la disputa sull'ammettere o meno forme di cooperazione alla morte altrui.

La Congregazione per la dottrina delle fedi osserva infatti, attraverso la dichiarazione *Iura et bona* sull'eutanasia emanata nel 1980, che «in molti casi la complessità delle situazioni può essere tale da far sorgere dei dubbi sul modo di applicare i principi [stessi] della morale»: per cui «prendere delle decisioni spetterà in ultima analisi alla coscienza del malato o delle persone qualificate per parlare a nome suo, oppure anche dei medici, alla luce degli obblighi morali e dei diversi aspetti del caso»; segnalando altresì, quanto ai criteri di giudi-

zio in merito alla proporzionatezza delle terapie, che venga «tenuto conto delle condizioni dell'ammalato e delle sue forze fisiche e morali».

Se, del resto, un certo sentire diffuso in ambito cattolico ha tradizionalmente temuto che l'apertura al ruolo del consenso potesse favorire scelte di morte da parte dei pazienti, oggi le cose si pongono in modo più complesso. Appare infatti constatabile a livello internazionale come il giudizio sulla richiesta proporzionatezza di un trattamento sanitario – originariamente ricondotto alla ponderazione oggettiva, nella loro entità e nella loro probabilità, fra i benefici, da un lato, e il surplus di sofferenza o menomazioni, dall'altro, che possano derivare da quel trattamento per il paziente – tenda sempre più a includere valutazioni ulteriori, soprattutto di carattere economico. Il che potrebbe condurre alla denegazione di terapie, oppure alla loro interruzione, senza che il malato sia posto in grado di interloquire. Per cui non a caso il *Catechismo* della Chiesa cattolica, nel momento in cui precisa che in linea di principio «l'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima», si preoccupa di precisare che «le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente» (n. 2278).

Come poco sopra emergeva, peraltro, la valutazione in merito alla proporzionatezza dei trattamenti sanitari non può non includere un profilo soggettivo, che investe il vissuto nel suo complesso di un dato individuo: si pensi alle stesse scelte operate da papa Giovanni Paolo II, con riguardo alle opzioni mediche ancora possibili, nell'ultimissima fase della sua vita. Né, comunque, potrebbe precludersi a un paziente, poniamo, con breve aspettativa di vita di affrontare una terapia a rischio particolarmente elevato, ma non addirittura temeraria, che in caso di successo migliorerebbe significativamente la prognosi.

In questo contesto, la legge n. 219/2017 delinea una disciplina, in sé, piuttosto chiara, subordinando non solo l'instaurazione di trattamenti sanitari, ma anche la loro prosecuzione, alla volontà *libera e informata* del paziente. Così che il punto di convergenza parlamentare circa decisioni sanitarie dalle quali può derivare direttamente la morte si è sostanziato nell'ammettere, sussistendone la richiesta, anche l'interruzione di trattamenti *salvavita* (cui consegue il prodursi, a quel punto per via *naturale*, della morte), ma non la contribuzione attiva al verificarsi del decesso, in termini di aiuto al suicidio o di eutanasia (con il che si realizza, invece, l'anticipazione *artificiale* del momento della morte). Dovendosi peraltro ritenere, si sensi dell'art. 22 del codice di deontologia medica, che non possa *costringersi* il singolo medico a porre in essere, contro coscienza, gli atti interruttivi.

Un assetto, questo, dal quale tuttavia si evince che, se i testi ecclesiali di cui sopra possono ben muovere dal loro riferirsi a ponderazioni personali svolte secondo una coscienza orientata in conformità alla visione morale cristiana, non è possibile, invece, alla legge, salvo che per taluni aspetti, farsi carico dei motivi di un'eventuale rinuncia alle terapie o della richiesta di una loro interruzione.

In effetti, la legge esige una corretta informazione, esclude decisioni non libere (cui dovrebbero ricondursi tutti i casi in cui la patologia stessa incida sulla sfera decisionale, compresi i casi della depressione maggiore o dell'anoressia), richiede che il medico pro-

spetti al paziente le conseguenze della sua decisione e le possibili alternative, come pure che promuova, nei casi richiamati, ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica (art. 1, comma 5). Anzi, lascia certamente sussistere il dovere del medico di accompagnare il malato, incoraggiandolo ad accettare attività sanitarie chiaramente appropriate (anche nella consapevolezza di possibili atteggiamenti iniziali di rimozione, da parte del paziente, di una problematica inattesa per la salute), come pure il dovere di ricercare soluzioni alternative dinnanzi a eventuali riserve insuperabili sollevate dal paziente stesso. Esclude, inoltre, che sia ammissibile esigere dal medico trattamenti contrari alla legge, alla deontologia professionale o alle pratiche clinico-assistenziali (art. 1, comma 6), come lo potrebbero essere richieste interrutture addirittura illogiche oppure del tutto slegate dalla onerosità o dalle caratteristiche del trattamento in atto (ipotetici rischi di carattere penale per il medico che abbia comunque agito al fine di salvaguardare la vita del paziente dovrebbero del resto risultare contrastati, se non altro, ai sensi dell'art. 54 del codice penale sullo stato di necessità, ove applicabile). Soprattutto, esige che siano sempre garantite al paziente un'appropriata terapia del dolore nonché l'erogazione, comunque, delle cure palliative di cui alla legge n. 38/2010.

Ma, al di là di tutto questo, che le scelte del paziente rispetto ai trattamenti sanitari risultino ragionevoli sul piano morale (e, ove implicino la rinuncia a trattamenti salvavita, derivino da un giudizio per quanto possibile sereno, in un contesto di accettazione del carattere precario dell'esistenza, circa la significatività o meno dell'ulteriore contrastare, in modo oneroso per il malato stesso, l'addivenire ormai prossimo della morte), oppure che simili scelte siano causate, nel soggetto che le compie, dal senso di abbandono, dal vedersi percepito come un peso, o addirittura dall'odio verso la vita, è da ricondursi per gran parte a come il paziente sia stato seguito, sul piano medico e umano, *prima* di tali scelte, vale a dire dalla premura che egli abbia potuto sperimentare in suo favore.

Si colloca, dunque, soprattutto su questo piano, anche di ordine culturale, l'impegno richiesto – quale che sia la normativa vigente – in merito al tema dell'approccio verso chi stia vivendo una fase di malattia avanzata: affinché assuma uno spessore concreto l'assunto cardine della nostra Costituzione secondo cui ogni esistenza umana riveste dignità, nel rapporto sociale, «senza distinzione di condizioni personali» (art. 3, comma 1). Ragione per la quale è di particolare importanza, oggi, che siano rese effettivamente disponibili in tutto il Paese le cure, già menzionate, di carattere palliativo, implicanti l'impegno a sostenere la *qualità di vita* del malato anche nelle condizioni patologiche più gravi.

Non possono non rimarcarsi, tuttavia, due aspetti di particolare problematicità della legge n. 219/2017.

Il primo attiene all'affermazione apodittica per cui «sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici»: disposizione che ha creato non poche preoccupazioni perché da un lato, se presa alla lettera, potrebbe consentire a chiunque di lasciarsi morire per sete o per fame, richiedendo a priori, mediante una dichiarazione anticipata (v. *infra*), di non essere salvato mediante i suddetti presidi quando sia sopraggiunto uno stato d'incoscienza; mentre, dall'altro lato, crea il rischio che possa essere prodotta

la morte di soggetti pur non tenuti in vita da specifiche terapie, ritenendo non proporzionate, e dunque suscettibili di essere interrotte, la nutrizione e l'idratazione assistite di cui necessitano per vivere (il che, per inciso, rimarca l'esigenza di escludere giudizi sulla non proporzionalità di un trattamento sanitario slegati dall'opinione personale del paziente interessato).

La suddetta affermazione della legge, tuttavia, richiede quantomeno una lettura razionalizzatrice: ci sono molte persone, per l'appunto, che a causa di menomazioni fisiche o psichiche non possono essere alimentate o idratate per via ordinaria (o lo possono essere solo con grave rischio: ad esempio quello del determinarsi di pericolose polmoniti *ab ingestis*), ma che, per il resto, vivono in modo autonomo da un sostegno sanitario; oppure, comunque, persone rispetto alle quali le difficoltà di nutrizione o idratazione non costituiscono un effetto proprio della patologia da cui sono affette. In simili situazioni, dunque, la nutrizione e l'idratazione c.d. artificiali costituiscono un *supporto vitale*, al pari di quanto risulta necessario per qualsiasi vivente, e non possono essere ricondotte all'ambito dei trattamenti sanitari: dovendosi d'altra parte riconoscere che la definizione di ciò che, in concreto, è da considerarsi trattamento sanitario spetta, come affermato più volte dalla stessa Corte costituzionale, alla competenza medica.

L'ulteriore questione delicata che è necessario evidenziare con riguardo alla legge n. 219/2017 attiene al fatto che la medesima, com'è ben noto, disciplina il rilievo rispetto al medico delle *disposizioni anticipate di trattamento*, vale a dire delle disposizioni redatte da taluno per l'eventuale contesto futuro in cui dovesse trovarsi non in grado di esprimere la propria volontà: quello che, impropriamente, viene definito *testamento biologico*.

La legge muoveva, nella sua formulazione iniziale, da una prospettiva di efficacia pressoché automatica delle disposizioni, prospettiva segnalata anche dall'utilizzo, per l'appunto, del termine *disposizioni*, piuttosto che del termine *dichiarazioni*, presente, invece, nella Convenzione europea di biomedicina (o di Oviedo): la quale, più semplicemente, richiede al medico di *tener conto* delle volontà espresse, onde evitare che il medico stesso venga inteso come mero esecutore del loro contenuto. Nel testo finale della legge n. 219/2017 la suddetta prospettiva, tuttavia, è stata un poco mitigata, essendosi ampliato l'ambito valutativo riconosciuto al medico (nel caso in cui le disposizioni appaiano «palesamente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili [*scil.*, non prevedute] all'atto della sottoscrizione»): sebbene in tal caso le disposizioni possano essere disattese, secondo tale legge, solo ove sussista il consenso del fiduciario in esse eventualmente indicato, risultando rimessa, invece, la questione, nel caso di dissenso, al giudice tutelare. Deve peraltro aggiungersi che resta vigente l'art. 54 c.p. sullo stato di necessità, il quale dichiara non punibile chi abbia salvato taluno «dal pericolo attuale di un danno grave alla persona».

Ora, le suddette disposizioni di cui alla legge n. 219/2017 risultano problematiche sia perché, com'è ben noto, lo stato psicologico che caratterizza il momento della loro redazione può divergere profondamente, senza che esista sempre lo spazio temporale per una modifica, dal sentire del paziente nell'attualità di un problema per la sua salute, sia soprattutto perché, mentre di regola qualsiasi trattamento sanitario richiede una previa interazione,

ai fini del consenso, tra il medico che lo porrà in essere e il malato, ciò non accade ove vengano in gioco le suddette disposizioni. Per cui appare ovvio che nel momento in cui esse siano redatte debba sussistere l'interazione con un medico qualificato, onde garantire il manifestarsi di una volontà *informata* (evitando, dunque, che si determinino scelte avventate, poco consapevoli o non pertinenti rispetto alla storia clinica del disponente). Nondimeno, soltanto all'ultimo momento l'art. 4, primo comma, della legge è stato integrato prevedendo che ciascuno possa esprimere «le proprie volontà», attraverso le disposizioni in esame, solo «dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte»: quantunque, tuttora, il successivo sesto comma non preveda espressamente, circa simile adempimento, l'attestazione di un medico all'atto del deposito delle disposizioni secondo le modalità ivi indicate.

Dovrebbe peraltro ritenersi, sulla base del primo comma, che la prova della menzionata interazione costituisca requisito di validità delle dichiarazioni, come altresì, di conseguenza, che non siano accettabili dichiarazioni compilate 'a crocette' su moduli prestampati, potenzialmente validi *erga omnes*.

Si noti, fra l'altro, che l'art. 11 decr. n. 168/2019 min. Salute prevede che i nominativi di chi abbia espresso le disposizioni di cui sopra siano comunicati alla Banca dati nazionale dedicata alla registrazione delle medesime – affinché possa essere resa disponibile al medico o al fiduciario che ne facciano richiesta «l'indicazione dell'esistenza della DAT e del luogo ove la stessa è conservata» – anche per quanto concerne le disposizioni depositate prima della costituzione della Banca dati stessa e prescindendo a tal fine, discutibilmente, dal consenso esplicito dei disponenti.

In ogni caso, sarebbe stato preferibile, allo scopo di anticipare valutazioni del paziente riferite al possibile momento in cui non sia più in grado di esprimersi, far leva sulla «pianificazione condivisa delle cure» pur prevista all'art. 5 della legge n. 219/2017: posto che essa presuppone un quadro clinico, suscettibile di evolversi negativamente, già in atto, e viene definita, pertanto, attraverso un'interazione attuale e protratta nel tempo, aperta a ogni ulteriore contributo, tra il paziente e chi, sul piano sanitario, lo assista.

3. Il Rubicone oltrepassato: sul superamento, pur circoscritto, del divieto di agire per la morte del paziente attraverso la sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale in tema di aiuto al suicidio

Il quadro normativo pur problematico, ma tale da fissare alcuni confini significativi, desumibile dalla legge n. 219/2017, fu modificato alcuni mesi dopo dalla Corte costituzionale, che ritenne di individuare, con ordinanza n. 207/2018, uno spazio circoscritto di ammissibilità, date certe condizioni, per l'aiuto al suicidio, punito dall'art. 580 del codice penale (essendo stata sollevata una questione di legittimità costituzionale di tale norma, nell'ambito della nota vicenda giudiziaria relativa al c.d. caso Cappato).

Una pronuncia, questa, invero sorprendente, sia perché intervenuta su un punto di equilibrio – nonostante ogni suo limite – che era appena stato definito, in materia, dal legislatore, sia perché, con una modalità del tutto inedita, differiva di un anno la sentenza definitiva della Corte, richiedendo al Parlamento di adeguare la legislazione, in tale lasso di tempo, alle indicazioni desumibili dall'ordinanza: così da suscitare, sotto entrambi i profili, fondate riserve in merito al rispetto del principio di separazione fra i poteri dello Stato.

Una pronuncia, inoltre, che riproponeva la propensione, già emersa soprattutto in materia biogiuridica, a desumere dalla Carta costituzionale *una e una sola* modalità possibile di intervento su un dato problema, con l'effetto di esautorare il potere legislativo dalla scelta, in proposito, fra più strade percorribili, salvo il vaglio circa l'eventuale contrasto di tale scelta con una norma della Costituzione.

Non essendosi peraltro espresso il Parlamento nel periodo temporale assegnatogli, la Corte decise in modo definitivo sul punto con la sentenza n. 242/2019, dichiarando incostituzionale il sanzionare penalmente chi, «con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 l. n. 219/2017» (oppure, per quanto concerne 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»; e aggiungendo, comunque, che «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».

La Corte precisa, inoltre, che le sue conclusioni non attribuiscono alcun diritto di esigere l'aiuto al suicidio e non creano alcun dovere di prestarlo, né per il singolo medico, né per il servizio sanitario: «la presente declaratoria di illegittimità costituzionale – afferma infatti la sentenza – 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». Il che, fra l'altro, fa sì che non emergano, in proposito, questioni attinenti all'obiezione di coscienza.

Nel contempo, la sentenza riconosce piena legittimità costituzionale, fuori dall'area «circoscritta» di cui sopra, al divieto, previsto dall'art. 580 c.p., di prestare aiuto al suicidio: soprattutto in considerazione dell'esigenza di evitare pressioni a praticare il suicidio stesso rivolte a soggetti vulnerabili, quali possono essere, senza dubbio, anche le persone malate. Ciononostante, è indubbio che la Corte abbia superato, con la sua decisione, un confine oltremodo critico. Essa giustifica il suo assunto, in effetti, attraverso quella che appare una forzatura: vale a dire affermando che, se la legge n. 219/2017 consente al malato di ottenere l'interruzione di trattamenti salvavita, cui consegue la morte, gli si dovrà anche permettere di ottenere il medesimo risultato rendendogli disponibile un farmaco mortale. Ma le due situazioni non si pongono affatto sullo stesso piano: nella prima il medico non può ulteriormente tutelare la vita, essendo venuto meno il consenso del malato alla prosecuzione del trattamento sanitario, così che la patologia non risulta più ostacolata rispetto

alla sua capacità di produrre, in modo naturale, la morte; mentre nella seconda chi agevola il suicidio opera affinché risulti anticipato, in modo non naturale, il momento della morte. Il passaggio, a ben vedere, è di enorme portata. Per la prima volta si mette in conto, con ciò, che taluno possa agire – fuori da contesti giudicati dalla legge riconducibili alla legittima difesa o allo stato di necessità – col fine della morte di un altro individuo. Mettendo in conto, pertanto, che la morte venga a costituire una possibilità suscettibile di essere presa in considerazione come risposta ai problemi di un dato individuo. Il che si colloca in profonda contraddizione col ruolo sostanziale del diritto, quale risorsa disponibile, in termini di impegno concreto, economico e sociale, in favore dei più deboli: ruolo che non può includere l'agire per il venir meno della realtà stessa costituente un appello al suo attivarsi. Né si potrà dire che tutto questo avverrebbe per evitare ulteriori sofferenze acute al malato: posto che la legge n. 219/2017 ha inteso garantire in ogni situazione, anche in quella dell'interruzione di trattamenti salvavita, l'agire affinché il malato non soffra: fino a prevedere, nei casi fortunatamente non numerosi in cui altri strumenti non risultino adeguati, il ricorso finale alla sedazione palliativa profonda continua (art. 2, comma 2).

L'unico limite davvero incisivo, oltre ai requisiti procedurali, richiesto dalla Corte costituzionale circa l'ammissibilità dell'aiuto al suicidio è, in effetti, quello che esige l'essere in atto, rispetto a chi lo richieda, terapie di sostegno vitale. E, non a caso, proprio nel superamento di questo limite viene ricercato, ora, il *passo successivo* verso l'apertura esplicita all'eutanasia da parte di chi se ne rende fautore: sebbene la sentenza citata della Corte costituzionale si configuri preclusiva, attraverso il suo iter argomentativo, di istanze rivolte a dilatare, oltre l'ambito già dichiarato, la ritenuta incostituzionalità dell'art. 580 c.p. Resta, peraltro, l'incognita di eventuali iniziative parlamentari future. Come, altresì, di letture, per così dire, *evolutive* del suddetto articolo da parte della giurisprudenza. Quanto alla pronuncia di primo grado, peraltro, con cui la Corte d'Assise di Milano, lo scorso 27 luglio 2020, ha assolto il principale imputato (ancora Cappato) in un caso di accompagnamento oltre confine per il suicidio riguardante un malato grave non sottoposto al tipo suddetto di terapie, utilizzando la formula plurivoca «perché il fatto non costituisce reato», potrà dirsi solo dopo il deposito delle motivazioni, non ancora note nel momento in cui si scrive.

Risulterebbe in ogni caso davvero poco commendevole un aggiramento di fatto degli stessi assunti di cui alla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale se si rendesse possibile condurre liberamente i pazienti a realizzare un proposito di suicidio in Svizzera o altrove, secondo criteri che non sono ammessi in Italia.

Altra cosa, invece, sarebbe riflettere onde diversificare le modalità sanzionatorie dell'art. 580 c.p., tenendo conto dei diversi contesti in cui una condotta di aiuto al suicidio possa essersi realizzata. A ciò affiancando il perfezionamento di tutte le misure che possano operare in senso preventivo rispetto al determinarsi, nel malato, di una volontà suicidaria. Il declivio verso l'eutanasia, dunque, proseguirà? In proposito ha non poco stupito, fra l'altro, la sentenza del 26 febbraio 2020 con cui la Corte costituzionale tedesca, innovando rispetto a una propria tradizione piuttosto cauta intorno ai temi riguardanti la vita umana, è giunta a stabilire che, in Germania, il suicidio assistito liberamente richiesto da una

persona capace d'intendere e di volere debba essere sempre ammesso, quali ne siano le motivazioni.

È chiaro che il confine pratico tra un aiuto al suicidio, tanto più se così latamente inteso, e un atto di eutanasia può risultare molto labile. Eppure è bene porre attenzione a non avallare mediante simile argomento lo stesso ultimo passaggio, considerandolo insignificante, della china rivolta a legalizzare condotte eutanasiche. Con queste ultime, infatti, la gestione della vita di un individuo, fino alla causazione della sua morte, resta totalmente nelle mani di un altro soggetto, venendo meno anche il presidio cautelativo rappresentato dal fatto che l'atto idoneo a produrre il decesso, senza necessità di apporti successivi, debba essere realizzato solo da chi intenda porre termine alla sua vita. La disponibilità della vita altrui, in questo senso, verrebbe limitata esclusivamente da fattori *estrinseci* alla causazione materiale della morte, quali il consenso e gli ulteriori requisiti che la legge intenda richiedere: requisiti la cui tenuta, del resto, si è rivelata alquanto labile nei Paesi (ancora pochi) che ammettono l'eutanasia in senso proprio.

Rispetto a simili prospettive, si tratta di approfondire i motivi di fondo per cui oggi, sovente, si ritiene che la libertà (ma quante decisioni di morire sono davvero *libere*?) possa manifestarsi, o trovi addirittura il suo ambito di espressione più pregnante, nell'annullare la sua stessa possibilità di sussistere, attraverso la morte. Il senso di un inesistente dominio sulla vita non può essere barattato – in certo modo, si tratterebbe di un ossimoro – con il potere di darsi la morte. Forse la dignità dell'essere umano dinnanzi allo scandalo della morte sta nel prenderne atto senza adeguarsi ad essa: cercando di contrapporle pervicacemente ciò che è altro dalla morte, vale a dire la capacità di accogliere e di amare¹.

¹ Per un ulteriore approfondimento può consultarsi, di chi scrive, *Moriremo di autodeterminazione? Brevi note su BVG 26 febbraio 2020*, in *Corti supreme e salute* 2020, n. 1, pp. 193 ss., nonché *online* in *disCrimen*, 4 maggio 2020; *Il suicidio assistito dopo Corte cost. n. 242/2019. A prima lettura*, in *Corti supreme e salute*, 2019, n. 2, pp. 193 ss.; *La risalita? A commento della sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale*, in *Il Regno-Attualità*, 2019, n. 22, pp. 658 ss.; *La Cina. Sul recente comunicato della Corte costituzionale*, in *Il Regno-Attualità*, 2019, n. 12, pp. 513 ss.; *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*, 2018, n. 4, pp. 1313 ss., nonché *online* in *disCrimen*, 19 dicembre 2018; *Decisioni sui trattamenti sanitari o «diritto di morire»? I problemi interpretativi che investono la legge n. 219/2017 e la lettura del suo testo nell'ordinanza di rimessione alla Corte costituzionale dell'art. 580 c.p.*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 2018, n. 2, pp. 415 ss.