Diritto Civile

a cura di Pietro Rescigno ed Enrico Gabrielli

con Raffaele Caterina, Marco Dell'Utri, Enrico Minervini, Stefano Pagliantini, Stefano Petitti e Gianluca Sicchiero

Aiuto al suicidio

Corte costituzionale, 22 novembre 2019, n. 242 – Pres. Lattanzi – Rel. Modugno – M.C. (avv.ti Gallo, Manes) – Presidente del Consiglio dei ministri (Avv. dello Stato Palmieri). *Dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p.*

Suicidio (istigazione o aiuto al) – Giudizio di legittimità costituzionale – Incostituzionalità – Sussiste – Aiuto al suicidio con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 L. n. 219/2017 – Causa di esclusione della punibilità – Sussiste

In tema di istigazione o aiuto al suicidio, è costituzionalmente illegittimo l'art. 580 c.p. nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della L. 22 dicembre 2017, n. 219 ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità idonee, comunque sia, a offrire garanzie sostanzialmente 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.

Per il testo della sentenza v. *www.cortecostituzionale.it.* Per il commento v. anche A. Vallini *Il "caso Cappato": la Consulta autorizza e "disciplina" il suicidio assistito*, in questo *fascicolo*, 1198.

L'aiuto al suicidio tra vita, autodeterminazione, integrità e dignità del malato

Antonio Gorgoni*

La Corte costituzionale, come aveva preannunciato nell'ordinanza n. 207/2018, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. nella parte in cui non esclude la punibilità dell'aiuto al suicidio in una fattispecie ben delineata dalla stessa Corte. La nota si concentra sul rapporto tra vita, autodeterminazione, integrità e dignità del malato, quattro valori da considerare in chiave non già di contrapposizione o di supremazia dell'uno sull'altro ma di bilanciamento. Il "procedimento medicalizzato" e le regole che lo governano, enucleate dalla Consulta, proteggono i malati da abusi e da frettolose dismissioni dei supporti sanitari. La vita è salvaguardata anche quando il paziente chieda l'aiuto al suicidio. Restano aperte talune questioni quali l'obiezione di coscienza, la rilevanza della volontà del minorenne e l'eutanasia.

Il caso e la questione di legittimità costituzionale

Conoscere il caso sotteso alla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale è quanto mai essenziale, non soltanto per comprendere le ragioni della parziale incostituzionalità dell'art. 580 c.p. ("Istigazione o aiuto al suicidio"), ma anche per fissare i tratti della fattispecie concreta in presenza dei quali va esclusa la punibilità di chiunque abbia agevolato l'esecuzione del suicidio del paziente (c.d. concorso materiale). Non solo: averne contezza è utile anche per riflettere sull'opportunità, *de jure condendo*, di oltrepassare il medesimo nel predisporre un testo normativo maggiormente inclusivo di situazioni di sofferenza estrema legittimanti il suicidio assistito.

A seguito di un grave incidente stradale, una persona rimaneva tetraplegica, immobilizzata dal collo in giù e affetta da cecità permanente. Le condizioni di salute erano aggravate dalla mancanza di autonomia sia nella respirazione, essendo necessario l'ausilio periodico di un respiratore, sia nell'alimentazione e nell'evacuazione. Inoltre, spasmi e contrazioni causavano acute sofferenze non arginabili se non eliminando la coscienza mediante la sedazione profonda.

La vittima non si era arresa alla propria condizione: aveva praticato cure sperimentali all'estero, sebbene nulla avesse contribuito a mutare la diagnosi di irreversibilità delle patologie. Pertanto, dopo circa due anni dal fatto, il paziente aveva esternato la volontà, lucida e determinata, di porre fine alla propria esisten-

* Il contributo è stato sottoposto, in forma anonima, alla valutazione di un *referee*.

za, stante l'impossibilità di contenere i dolori fisici e psichici.

La particolarità si riscontra nella determinazione del malato di evitare una morte quale conseguenza dell'interruzione dei sostegni vitali; ciò che avrebbe dato luogo a una fase di agonia in stato di incoscienza ingenerato dalla sedazione palliativa profonda.

Com'è noto, la richiesta di interrompere i trattamenti salvavita sarebbe stata consentita dalla L. n. 219/2017 contenente "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". I commi 5° e 6° dell'art. 5 prescrivono che il medico, cui sia rivolto il rifiuto di trattamenti sanitari necessari per la sopravvivenza, tra i quali è ricompresa la nutrizione e l'idratazione artificiale, "è tenuto a rispettare la volontà" del paziente[1].

Nel caso di specie, la persona riteneva in contrasto con la propria identità e dignità restare in vita senza coscienza per un tempo non predeterminabile con conseguente sofferenza duratura (e non voluta) anche per i propri cari. Morire nello spazio di pochi secondi necessitava della collaborazione del medico, il quale, prima della pronuncia in commento, aiutando il malato a somministrarsi un farmaco letale, avrebbe integrato il reato di aiuto al suicidio. L'art. 580 c.p. non distingue, infatti, comminando in ogni caso la pena, tra concorso morale, fattispecie in cui l'agente determina o rafforza il proposito suicidario, e concorso materiale ove l'agente si limita ad aiutare fattivamente chi abbia deciso autonomamente di togliersi la vita.

Nel caso concreto il medico italiano non aveva offerto il supporto tecnico per realizzare il volere del paziente, il quale, dopo aver preso alcuni contatti tramite la fidanzata con una struttura svizzera ("Dignitas"), veniva lì accompagnato in automobile da una persona nota per le sue battaglie a favore dell'autodeterminazione nelle scelte di fine vita. Giunti a destinazione, il personale medico, accertata l'irreversibilità della patologia e il consenso del malato, metteva quest'ultimo in condizione di azionare con la bocca uno stantuffo che avviava l'iniezione di un farmaco letale.

Avvenuta la morte, l'accompagnatore, ritornato in Italia e autodenunciatosi ai Carabinieri, veniva tratto a giudizio per il reato di cui all'art. 580 c.p. nella fattispecie del concorso materiale. La Corte d'Assise di Milano sollevava questione di legittimità costituzionale di detto articolo sotto due profili: il primo riguardante la parte in cui la disposizione incrimina le condotte di aiuto al suicidio anche qualora queste abbiano contribuito non già a determinare o a rafforzare il proposito suicidario della vittima ma soltanto ad agevolarne l'esecuzione (è il nostro caso); il secondo attinente alla previsione della stessa pena tanto per le condotte di istigazione o rafforzative quanto per quelle agevolative del proposito di togliersi la vita.

Il primo profilo di incostituzionalità è piuttosto ampio: la Consulta lo ha accolto circoscrivendolo, però, ad una determinata fattispecie di fine vita inserita in un preciso contesto di regole enucleate dalla stessa Corte.

L'incostituzionalità parziale dell'art. 580 c.p. e il diritto di scegliere se e come morire

La questione di costituzionalità ha dato luogo a due pronunce della Corte costituzionale. Con la prima del 2018[2], la Consulta, rilevata la parziale incostituzionalità dell'art. 580 c.p., invece di pronunciarsi di conseguenza, ha rinviato il giudizio di legittimità al 24 settembre 2019, attribuendo al Parlamento circa un anno di tempo per predisporre una legge che regolasse quegli aspetti di dettaglio dell'aiuto al suicidio necessari a un ordinamento che ammette tale pratica.

Il Parlamento ha lasciato decorrere il termine invano e la Consulta nella sentenza che si annota, come aveva preannunciato nell'ordinanza del 2018, ha dichiarato l'art. 580 c.p. costituzionalmente illegittimo nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, osservando determinate regole indicate nella stessa sentenza, abbia agevolato l'esecuzione del proposito di suicidio formatosi in autonomia e coscienza.

La Corte costituzionale ha così introdotto una causa di non punibilità, operante esattamente nel caso in cui una persona gravemente malata versi nelle seguenti condizioni: a) sia tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale; b) sia affetta da una patologia irreversibile; c) patologia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che la persona stessa reputi intollerabili; d) sia pienamente capace di intendere e di volere.

La dichiarazione di incostituzionalità dell'art. 580 c.p. ha preso le mosse da due punti fermi.

Il primo sta nella convinzione che la disposizione penale, nella parte in cui punisce il concorso materiale, non possa essere dichiarata *tout court* incostituzionale, stante la perdurante attualità della sua finalità. Poiché l'incriminazione dell'aiuto al suicidio è funzio-

[1] Salanitro, *Il consenso, attuale o anticipato, nel prisma della responsabilità medica*, in *Leggi Civ. Comm.*, 2019, 1, 127 segg. dubita che vi siano regole che impongano al medico di disattivare dispositivi salvavita. Diversamente Zatti, *Spunti per una lettura della legge sul consenso informato e dat*, in *Nuova Giur. Comm.*, 2018, 2, 251 segg., secondo il quale, ad esclusione dei "trattamenti sproporzionati o non scientificamente validi", non vi è dubbio che la legge abbia dato "certezza di legittimità (...) anche a quegli atti medici necessari per ripristinare l'astensione a trattamenti già in atto". Cfr. anche: Fazio, *Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento: profili problematici*, in *Diritto Succ. Fam.*, 2019, 2, 411-412 e Calvo, *La nuova legge sul consenso informato e sul c.d. biotestamento*, in *Studium Iuris*, 2018, 690 segg.

[2] Corte cost., ord. 16 novembre 2018, n. 207, in *Rass. Dir. Civ.*, 2019, 2, 580 segg., con nota critica di Carapezza Figlia, *Diritto al suicidio assistito? La tutela della persona alla fine della vita*, in *Corriere Giur.*, 2019, 4, 457 segg., con nota critica di Bilotti, *Ai confini dell'autodeterminazione terapeutica. Il dialogo tra il legislatore e il giudice delle leggi sulla legittimità dell'assistenza medica al suicidio*, in *Fam. e Dir.*, 2019, 3, 235 segg., con nota di Falletti, *Suicidio assistito e separazione dei poteri dello Stato. Note sul "caso Cappato"*, la quale sintetizza le pronunce delle Corti straniere richiamate dall'ordinanza, in *Nuova Giur. Comm.*, 2019, 3, 540 segg., con nota adesiva di Azzalini, *Il "caso Cappato" tra moniti al legislatore, incostituzionalità "prospettate" ed esigenze di tutela della dignità della persona*.

nale alla tutela del diritto alla vita delle persone più deboli – malate, depresse, psicologicamente fragili, anziani soli – essa non può essere eliminata. La disposizione di legge deve essere conservata nella sua lettera originaria compatibile con la Costituzione, la quale impedisce che la persona sia utilizzata come mezzo per soddisfare interessi collettivi o di altre persone.

Il secondo punto muove dalla considerazione degli sviluppi della scienza e della tecnica. Nell'anno di entrata in vigore del codice penale non erano ipotizzabili casi in cui il malato fosse tenuto in vita privo dell'autosufficienza delle funzioni vitali. Di conseguenza l'aiuto al suicidio era sempre punito, postulando, senza eccezioni, la fattispecie della persona debole vittima della capacità coercitiva altrui nel porre fine alla propria vita. Oggi, invece, la persona affetta da una patologia irreversibile, causa di sofferenze intollerabili e tenuta in vita da dispositivi vitali non può essere reputata *sic et simpliciter* debole. La vera preoccupazione è quella di garantirle un contesto relazionale efficiente in cui ella possa decidere lucidamente sulla fine della propria vita, senza ingiustificabili presunzioni *iuris et de jure* di debolezza.

Questa condizione riguardante molti malati ha indotto da tempo a ragionare sull'esistenza o meno non soltanto del diritto di morire, ma anche del diritto di scegliere come morire. Su ciò, in particolare, si intende riflettere nelle pagine seguenti, soprattutto perché la sentenza della Corte costituzionale offre spunti rilevantissimi.

Un itinerario: dal caso Englaro alla primazia della volontà del malato

La questione di legittimità dell'aiuto al suicidio coinvolge valori cardine dell'ordinamento: la vita, l'autodeterminazione, l'integrità e la dignità del malato. Così, sebbene il discorso giuridico divenga quanto mai delicato, la sua persuasività trae forza dalla valorizzazione dell'evoluzione ordinamentale, la quale induce a formulare la seguente considerazione: dalla pronuncia della Cassazione sul "caso Englaro"[3], i cui prodromi si ritrovano nel "caso Welby"[4], alla sentenza della Corte costituzionale in commento emerge come la tutela della vita non sia un valore assoluto. Essa deve essere bilanciata con il diritto di autodeterminarsi sul se e come concludere la propria vita e con l'intangibilità della propria integrità e dignità (art. 1, 1° comma, L. n. 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" e art. 1, L. n. 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore")[5].

Negare il diritto di morire, sia pur nel caso e con i limiti enucleati dalla Corte costituzionale, significa accogliere una posizione valoriale difficilmente riscontrabile nell'ordinamento giuridico. Il corpo del malato deve essere trattato non già come un qualcosa a sé stante, ma in unità con la psiche e con la storia individuale, altrimenti si pregiudica la dimensione identitaria e la libertà personale.

Riconoscere al malato il diritto di morire mediante il rifiuto delle cure e l'aiuto al suicidio non implica affatto – sia chiaro – che l'ordinamento rinunci a tutelare la vita sostenendo adeguatamente chi sia affetto da una grave patologia. Diverse sono le disposizioni contenute nella L. n. 219/2007, estese dalla Consulta all'aiuto al suicidio, da cui si evince il dovere del medico di promuovere ogni azione a supporto di chi abbia deciso di interrompere un sostegno vitale (art. 1, 5°, 8° e 10° comma, art. 2 e art. 4, 5° comma). Tuttavia, al di là dell'attuazione di questa cornice normativa, l'ultima parola spetta al malato.

Vi è, dunque, una gerarchia di valori. Esiste una signoria della persona sul proprio corpo[6] che deriva direttamente dall'interpretazione, oramai diritto vivente, degli artt. 2, 13, 1° comma, e 32, 2° comma, Cost.; un'interpretazione puntellata soprattutto dalla sentenza Englaro e ripresa più volte dalla Cassazione[7] e dalla Corte costituzionale fino alla sentenza del 2019[8].

Il percorso ermeneutico è lineare e convincente,

---

[3] Cass., 16 ottobre 2007, n. 21748, in *Nuova Giur. Comm.*, 2008, 10, 20331 segg., con nota di Azzalini, *Tutela dell'identità del paziente e rifiuto delle cure: appunti sul caso Englaro*, in *Danno e Resp.*, 2008, 10, 957 segg., con nota di Anzani, *Consenso ai trattamenti medici e "scelte di fine vita"*, in *Fam. Pers. e Succ.*, 2008, 6, 508 segg., con nota di A. Gorgoni, *La rilevanza della volontà sulla fine della vita non formalizzata nel testamento biologico*, in *Fam. e Dir.*, 2008, 2, 129 segg., con nota di Campione, *Stato vegetativo permanente e diritto all'identità personale in un'importante pronuncia della Suprema Corte*, in *Corriere Giur.*, 2007, 12, 1676 segg., con nota di Calò, *La Cassazione "vara" il testamento biologico*.

[4] Trib. Roma, 16 dicembre 2006, in *Corr. Merito*, 2010, 3, 1 e segg. (versione *on line*), con nota di Casaburi, *Le decisioni di fine vita: una prospettiva europea*, pur avendo dichiarato inammissibile il ricorso di Piergiorgio Welby, ha reso due affermazioni significative: 1) "la morte non può essere considerata come un mero evento biologico, essendo essa portatrice di un significato nel quale deve essere individuata la radice della dignità dell'essere umano"; 2) il diritto di interrompere trattamenti salvavita è desumibile dall'ordinamento, ma da questo non è concretamente tutelato.

[5] Concorda la maggioranza dei membri del CNB, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, in *www.bioetica.governo.it*, 23-24.

[6] Zatti, *Di là dal velo della persona fisica. Realtà del corpo e diritti dell'uomo*, in *Maschere del diritto volti della vita*, Milano, 2009, 53 segg.

[7] La giurisprudenza distingue tra diritto di autodeterminarsi e diritto alla salute, di conseguenza è configurabile una lesione del primo senza che sussista lesione del secondo. Da queste pronunce si evince l'attribuzione di un rilievo preminente alla libertà di decidere sul proprio corpo. Cfr. almeno: Cass., 9 febbraio 2010, n. 2847, in *Nuova Giur. Comm.*, 2010, 783 segg., con note di Cacace, *I danni da (mancato) consenso informato*, di Scacchi, *La responsabilità del medico per omessa informazione nel caso di corretta esecuzione dell'intervento "non autorizzato"*; Cass., 25 giugno 2019, n. 16892, in *www.cassazione.net*.

[8] Cfr.: Corte cost., 23 dicembre 2008, n. 438, in *Giur. It.*, 2009, 11, 2382 segg., in cui si afferma che l'autodeterminazione è un diritto fondamentale della persona; Corte cost., 26 giugno 2002, n. 282, in *Giur. It.*, 2002, 11; Corte cost., 22 ottobre 1990, n. 471,

attuando, in pieno, il principio personalistico. Dall'inviolabilità della libertà personale deriva il diritto al rispetto della propria integrità corporea, inteso nel senso che soltanto il paziente possa scegliere quali trattamenti accogliere e quali rifiutare. Inoltre, l'art. 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'UE, rubricato "Diritto all'integrità della persona", lega l'effettività di tale diritto, che unifica in sé la dimensione fisica, psicologica e genetica, al consenso informato. Ancora: la riserva di legge posta dall'art. 32, 2° comma, Cost. garantisce la saldezza di questa catena che tiene insieme libertà personale, diritto all'integrità del corpo, autodeterminazione e consenso informato.

Secondo la Cassazione, sempre nel caso Englaro, "Il consenso [ai trattamenti] afferisce alla libertà morale del soggetto e alla sua autodeterminazione, nonché alla sua libertà fisica intesa come diritto al rispetto della propria integrità corporea, le quali sono tutti profili della libertà personale proclamata inviolabile dall'art. 13 Cost.". Sono parole dense di significato e di implicazioni. Se la libertà morale e la libertà fisica sono il portato dell'inviolabilità della libertà personale, ne consegue la primazia della volontà del paziente (giammai di terzi), anche ove quest'ultima venga ricostruita nel procedimento giudiziario com'è stato per Eluana Englaro.

In perfetta sintonia con queste argomentazioni si è posta la Corte costituzionale in commento, anche attraverso il richiamo dell'orientamento della Corte EDU secondo il quale il diritto al rispetto della propria vita privata di cui all'art. 8 Cedu implica, in linea di principio, il "riconoscimento all'individuo di una sfera di autonomia nelle decisioni che coinvolgono il proprio corpo, che è a sua volta un aspetto del più generale diritto al libero sviluppo della propria persona"[9].

Dopo la sentenza Englaro vi è stato un ampio dibattito dottrinale[10] che ha indotto il legislatore a emanare la L. n. 219/2017 sopra ricordata. In essa si prevede il diritto di rifiutare qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario compresi quei trattamenti necessari alla sopravvivenza, tra i quali va annoverato, per espressa disposizione di legge, la nutrizione e l'idratazione artificiale (art. 1, 5° comma).

Si dirà che un conto è il diritto di rifiutare un trattamento salvavita, altra cosa è il diritto di pretendere l'aiuto al suicidio. In verità non è così e la Corte costituzionale ha posto in rilievo quest'aspetto. Certo, sotto il profilo del nesso eziologico, una cosa è rifiutare un supporto vitale, laddove si consente alla malattia di fare il suo corso naturale, altra cosa è ottenere dal medico una collaborazione qualificata volta ad anticipare la propria morte, secondo un rapporto più stringente di causa effetto. In quest'ultima ipotesi non è più la malattia ad avanzare secondo i propri tempi, ma il decesso sopraggiunge perché il medico ha predisposto un meccanismo che, ove attivato dal paziente, determinerà il decesso.

Questa constatazione non deve indurre a enfatizzare differenze fattuali che non influenzano la gerarchia dei valori in gioco: tutela della vita, da un lato, autodeterminazione, integrità e dignità, dall'altro. Questo è uno dei punti centrali dell'argomentazione della Corte costituzionale: se la L. n. 219/2017 ha previsto il diritto di rifiutare il sostegno vitale (art. 1, 5° comma) e il diritto di ricorrere alla sedazione palliativa profonda (art. 2, 2° comma) deve essere ritenuto legittimo, in certi casi, anche l'aiuto al suicidio. Altrimenti si finisce con l'imporre un trattamento sanitario non voluto dal paziente in violazione dell'art. 32, 2° comma, Cost. e con il violare la dignità della persona.

Se la vita è un valore recessivo a fronte della rinuncia di un sostegno vitale[11], allo stesso modo esso deve cedere ove sia richiesto l'aiuto al suicidio. È configurabile allora un diritto di scegliere in che modo giungere alla fine della propria esistenza. Ma sul punto occorre soffermarsi.

Rifiuto del sostegno vitale o aiuto al suicidio: una scelta del malato in una cornice di regole

Secondo la sentenza in commento, la persona capace di intendere e di volere, dipendente da un sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile causa di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, può scegliere di morire rifiutando il sostegno vitale o ricorrendo all'aiuto al suicidio. È una scelta, una libertà che esprime un valore di civiltà giuridica, poiché pone in posizione di preminenza l'autodeter-

---

in *Giur. It.*, 1991, 6, in cui si afferma che la libertà personale di cui all'art. 13 Cost. postula il potere della persona di disporre del proprio corpo.

[9] Corte cost., 16 novembre 2018, n. 207, cit., par. 7. Corte eur. dir. uomo, 14 maggio 2013, *Gross c. Svizzera*, ric. n. 67810/10; Corte eur. dir. uomo, 19 luglio 2012, *Koch c. Germania*, ric. n. 497/09; Corte eur. dir. uomo, 20 gennaio 2011, *Haas c. Svizzera*, ric. n. 31322/07, tutte in *www.echr.coe.int*. In linea generale queste pronunce hanno riconosciuto la sussistenza del diritto di scegliere quando e in che modo porre fine alla propria vita, quale aspetto del diritto al rispetto della vita privata garantito dall'art. 8 Cedu. Il legislatore, tuttavia, continua la Corte Edu, può sì limitare tale diritto in presenza di una delle finalità di cui al par. 2 dell'art. 8 Cedu, ma deve esplicitare queste ultime in modo chiaro e comprensibile.

[10] In diversi scritti si afferma che la vita non si identifica con il mero aspetto biologico, ma essa è soprattutto biografia della persona. Da ciò consegue la necessità di rispettare l'identità e l'autodeterminazione dell'individuo nelle scelte di fine vita. Va rimarcato però che l'autodeterminazione, nel contesto della fine della vita, non è autoreferenziale, ma è tanto più effettiva quanto più i soggetti pubblici e privati abbiano garantito efficacemente, in attuazione del principio di solidarietà, le condizioni affinché maturi una decisione consapevole e responsabile. Cfr. almeno: Rodotà, *Autodeterminazione*, in *Il diritto di avere diritti*, Rona-Bari, 2017, 259 segg.; Zatti, *Di là dal velo della persona fisica. Realtà del corpo e diritti dell'uomo*, cit. 84 segg., declina dignità, identità, libertà e autodeterminazione "nel corpo" vissuto della persona; un vissuto che deve emergere nella relazione di cura e di fiducia con il medico; Nivarra, *Autonomia (bio)giuridica e diritti della persona*, in *Europa e Dir. Priv.*, 2009, 719 segg. Castronovo, *Autodeterminazione e diritto privato*, in *Europa e Dir. Priv.*, 2010, 4, 1037 segg.

[11] Rodotà, *Autodeterminazione*, cit., 269.

minazione e la dignità di quella singola persona rispetto a un (inesistente) dovere di sopravvivere.

Mi sembra difficile conciliare la tesi di chi ritiene illegittimo l'aiuto al suicidio con il dato della legittimità del rifiuto di dispositivi sanitari salvavita (art. 1. 5° comma, L. n. 219/2017). Come pure non è coerente consentire il ricorso alla sedazione profonda continua in associazione con la terapia del dolore (art. 2, 2° comma, L. n. 219/2017) e negare l'aiuto al suicidio[12]. Neppure è perspicuo sottolineare che il legislatore abbia scelto quest'ultima via e non un'altra. La sedazione profonda, determinando la perdita della coscienza e una morte che sopraggiunge in un tempo non predeterminabile, potrebbe non rispecchiare l'idea che il malato abbia di una fine per sé dignitosa. Se la persona non intende restare viva senza la coscienza di sé, occorre superare l'alternativa secca tra sedazione profonda e mantenimento del trattamento salvavita. Altrimenti, oltre alla violazione della riserva di legge, come si diceva, si lederebbe anche la dignità umana – tutelata dalla L. n. 219/2107 (art. 1) – la quale va intensa non già secondo un'incongruente alternativa tra accezione soggettiva o oggettiva, ma più propriamente quale esito del concorso tra libertà e responsabilità della persona, da un lato, e dovere del soggetto (il medico) deputato ad apprestare le condizioni affinché questi due valori si inverino (artt. 2 e 3, 2° comma, Cost.)[13].

La dignità del paziente si esprime nell'interazione tra il potere di decidere sul proprio corpo in coerenza con la propria identità e integrità[14] e l'attività di supporto tecnico e professionale del medico. Se sono state realizzate quelle condizioni in cui identità e integrità del malato possano esprimersi, si riterrà salvaguardata la dignità del paziente qualunque sia la decisione da egli assunta. Diversamente, se il paziente è costretto a rimanere in vita in spregio alla propria concezione del vivere, vi sarà senza dubbio una lesione della sua dignità/identità[15].

Non coglie nel segno neppure l'argomento secondo cui l'aiuto al suicidio contrasterebbe con la tutela del bene supremo della vita, esponendo soprattutto le persone più fragili al rischio di essere strumentalizzate per finalità eteronome. Replica la Corte costituzionale come sia stato lo stesso legislatore ad aver considerato la vita, sia pur in un contesto di regole protettive, come un valore talvolta recessivo[16]. Difatti il diritto di rifiutare i trattamenti salvavita e la vincolatività

---

[12] Corte cost., 22 novembre 2019, n. 249, cit., par. 2.3, chiarisce che la sedazione profonda continua è da ritenersi applicabile anche all'ipotesi in cui le sofferenze siano "provocate (...) dal 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".

[13] Rodotà, *Homo dignus*, in *Il diritto di avere diritti*, Roma-Bari, 2017, 189 e segg., propugna un'accezione complessa e dinamica della dignità, la quale si attua all'interno di un processo istituzionale in cui vengano garantite le condizioni per assumere decisioni libere e responsabili. Più che definire la dignità, questa si impone quale rapporto tra "potere individuale e dovere istituzionale, politico e sociale" (209). Nessuno può imporre dall'esterno al malato un modo di intendere la qualità della vita; le istituzioni devono però sostenere il malato, favorendo l'emersione della decisione più coerente con la situazione e con la propria identità. Un'imposizione, diretta o indiretta, estranea al sentire della persona sarebbe in contrasto con il passaggio, sottolineato da Rodotà, dal soggetto alla persona, con la relazione stretta tra libertà, dignità e sviluppo della personalità e con il fondamento costituzionale del consenso informato, il quale, come ha affermato la Corte cost. nella sentenza n. 438/2008, cit., ha una "funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute". Diversa è la recente posizione di Carapezza Figlia, *Diritto al suicidio assistito? La tutela della persona alla fine della vita*, cit., 585 segg., il quale, ritiene, a conclusione di un articolato ragionamento, che il valore dell'inviolabilità della vita umana non possa cedere mediante l'aiuto al suicidio consapevolmente richiesto dal paziente. Ma la conseguenza di quest'impostazione è di costringere il malato a rimanere prigioniero del proprio corpo. Ciò appare difficilmente compatibile con quel filo che unisce autodeterminazione, identità, integrità, libertà personale e dignità. Sulla necessità, invece, di un bilanciamento tra diritti fondamentali cfr. M. D'Amico, *Scegliere di morire "degnamente" e "aiuto" al suicidio: i confini della rilevanza penale dell'art. 580 c.p. davanti alla Corte costituzionale*, in *Corriere Giur.*, 2018, 6, 743-744.

[14] Anche Mazzoni, *Quale dignità. Il lungo viaggio di un'idea*, Firenze, 2019, 71-73, va oltre un'accezione meramente soggettiva della dignità. La quale, da un lato, "si manifesta come affermazione dell'identità". Anzi l'Autore afferma che "i due concetti tendono a coincidere, mirabilmente. Identità e dignità significano conoscenza e coscienza di sé". Dall'altro, però, Egli lega la dignità alla libertà e alla responsabilità della persona, la quale ricerca la propria libertà. Mazzoni propende, quindi, per una dimensione dinamica della dignità, che esige l'impegno istituzionale affinché quella ricerca di libertà si compia (art. 3 Cost.). In questo senso spiccano ancora le parole di Rodotà, *Diventare indegni*, in *Il diritto di avere diritti*, cit., 210: "La dignità non può consistere nella contemplazione statica di un principio ma, proprio perché tale, è motore di un processo nel quale la persona vede riconosciuti nel concreto i propri diritti". In questo processo – ecco il punto che mi sento di condividere – deve spiccare l'identità della persona. Emblematiche in questo senso sono le parole di Zatti, *Note sulla semantica della dignità*, in *Maschere del diritto volti della vita*, cit., 47, il quale, dopo aver posto in rilievo il collegamento che emerge da diverse disposizioni sovranazionali tra dignità, identità, integrità e libertà, conclude, rispetto alla tutela della vita, che "la dignità è il peso decisivo che sta a favore dell'identità ed esclude che il richiamo alla vita possa essere fatto valere contro la persona e le sue consapevoli decisioni (...)". Se anche altri Autori quali Scalisi, *Ermeneutica della dignità*, Milano, 20 segg., Busnelli, *Le alternanti sorti del principio di dignità della persona umana*, in *Riv. Dir. Civ.*, 2019, 5, 1071 segg. in part. p. 1083 e Vettori, *La dignità e i diritti*, in *Diritto dei contratti e "Costituzione" europea*, Milano, 2005, 29e segg., sia pur con accenti diversi, ritengono che la dignità presidi il principio personalistico, quindi la libertà di scegliere e di agire secondo la personale definizione di Sé, in una dialettica senza prevaricazioni con il "dover essere della dignità", diventa difficile sostenere che la persona gravemente malata non sia titolare del diritto di morire. Piuttosto il legislatore dovrà garantire che l'esercizio di tale diritto sia espressione di una volontà autentica della persona, scongiurando il rischio di approfittamenti dell'altrui debolezza – sta qui il dover essere della dignità – con pregiudizio intollerabile per la vita umana.

[15] L'art. 1 della Convenzione di Oviedo del 1997 e gli artt. 1 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea pongono chiaramente in rilievo il nesso inscindibile tra dignità, identità e integrità del corpo.

[16] Con riguardo al fine vita non è sostenibile che vi sia una tutela assoluta della vita umana. La Corte cost., 16 novembre 2018, n. 207, cit., par. 8, accoglie questa linea: "il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce (...) per limitare la libertà di autodeter-

delle dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) salvo in casi specifici[17], previsti rispettivamente dagli artt. 1, 5° comma e 4, 5° e 6° comma, L. n. 219/2017, dimostrano come, di per sé, il valore della vita non prevalga sull'autodeterminazione del singolo[18].

Certo, il pericolo dell'abuso dell'aiuto al suicidio a danno delle persone più deboli dovrà essere evitato dalla futura legge, ma esso non è sufficiente ad escluderne la legittimità. Del resto, lo stesso pericolo – rileva la Corte costituzionale – si annida nel rifiuto del trattamento salvavita, eppure il legislatore non lo ha vietato bensì contornato da regole a tutela della vita umana. Si pensi alla "relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico", in cui si incontrano il consenso informato del primo e la competenza e responsabilità del secondo (art. 1, 2° comma, L. n. 219/2017)[19]. Va sottolineato che al corretto svolgersi di questa relazione, connotata da diritti informativi del paziente (art. 1, 3° comma) e da un'adeguata comunicazione (art. 1, 8° e 10° comma), è affidata la realizzazione dell'autodeterminazione, della dignità e la tutela della vita del paziente.

Più specificamente, la tutela della vita emerge dal disposto sia dell'art. 1, 5° comma, sia dell'art. 4, 5° comma, L. n. 219/2017. Nel primo, a fronte del rifiuto di un trattamento salvavita, gravano sul medico alcuni doveri: prospettare le conseguenze della decisione e le alternative praticabili, promuovendo "ogni azione di sostegno (...) anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica". Nel secondo, il medico, a fronte di talune situazioni tipizzate dalla legge, è tenuto ad attualizzare le dichiarazioni anticipate di trattamento, facendo emergere, se del caso, la presunta diversa volontà del paziente, proteggendo così la vita.

Insomma, se il rischio di indebolire il livello di tutela della vita umana non ha precluso la legittimità del rifiuto delle cure e delle DAT, parimenti deve valere per l'aiuto al suicidio, purché sia garantito un adeguato sostegno del paziente. Sono, pertanto, necessarie regole che tendano ad azzerare il rischio di frettolose rinunce da parte dell'istituzione sanitaria a tenere in vita chi soffre.

La Corte costituzionale, consapevole del rischio insito nella mera dichiarazione di incostituzionalità parziale dell'art. 580 c.p., ha indicato talune regole volte a proteggere il malato da leggerezze o omissioni del personale sanitario e dall'influenza malevola dei familiari.

Le "specifiche cautele" nel procedimento di aiuto al suicidio tra tutela della vita e dell'autodeterminazione

La Corte costituzionale ha dimostrato rispetto delle prerogative dei diversi poteri dello Stato, rimarcando al contempo la centralità, nell'epoca post-moderna, dell'ermeneutica quale strumento di ricerca *intra*-sistemica – l'*inventio* latina – delle regole del caso concreto[20] e della giurisprudenza quale formante della legalità. La Consulta, infatti, mentre nell'ordinanza del 2018 si è limitata a fornire al legislatore alcuni suggerimenti su profili qualificanti della legge *ferenda*[21], nella sentenza del 2019 ha dovuto "ricavare 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"[22].

Sono state così individuate vere e proprie regole a protezione dei diritti fondamentali quali il diritto alla vita, il diritto di essere informato e di autodeterminar-

---

minazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, 2° comma Cost., imponendogli un'unica modalità di congedarsi dalla vita, *senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di un interesse costituzionalmente apprezzabile*, con conseguente lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di *ragionevolezza* e di *uguaglianza* in rapporto alle diverse condizione soggettive" (corsivo mio). Tale interesse non viene ritenuto essere la tutela della vita, dovendo quest'ultima essere bilanciata, come stabilisce l'art. 1, 1° comma, L. n. 219/2017, con la salute, la dignità e l'autodeterminazione. L'aiuto al suicidio si pone come un mezzo estremo per eliminare le sofferenze, scongiurando l'imposizione di un trattamento non voluto.

[17] Verde, *Profili civilistici delle direttive anticipate di trattamento*, in *Dir. Succ. e Fam.*, 2018, 3, 915-919.

[18] Bilotti, *Ai confini dell'autodeterminazione terapeutica*, cit., 464, desume dal principio di indisponibilità della vita – difficile, tuttavia, da ritenere esistente in assoluto, stante il diritto di rifiutare qualsiasi trattamento anche salvavita e la vincolatività delle Dat – la non configurabilità della pretesa del malato nei confronti del personale sanitario di procurargli la morte, disattivando un dispositivo salvavita o mediante l'aiuto al suicidio. Arriva alla stessa conclusione Salanitro, *Il consenso, attuale o anticipato, nel prisma della responsabilità medica*, cit., 131-132, con un ragionamento più incentrato sul testo della L. n. 219/2017.

[19] Zatti, *Spunti per una lettura della legge sul consenso informato e dat*, cit., 248, sottolinea l'importanza della parola "fiducia" con la quale si intende escludere ogni "riduzionismo tecnico del termine cura" (art. 1, 2° comma, L. n. 219/2017).

[20] Grossi, *L'invenzione del diritto: a proposito della funzione dei giudici*, in *L'invenzione del diritto*, Bari-Roma, 2017, 123, sottolinea lo spostamento dell'"asse portante dell'ordinamento dal legislatore all'interprete", il quale è pienamente coinvolto "nello stesso processo di enucleazione e definizione del diritto". Sul concetto di *inventio* cfr. soprattutto 126 segg.

[21] Corte cost., ord. 16 novembre 2018, n. 207, cit.

[22] Corte cost., 22 novembre 2019, n. 242, cit., par. 4. La possibilità per il giudice, in attesa dell'intervento legislativo, di reperire, dai testi normativi e dal sistema ordinamentale, regole prescrittive che attuino l'effetto favorevole scaturente dalla dichiarazione di incostituzionalità, è stata affermata anche da Cass., Sez. un. 25 gennaio 2017, n. 1946, in *Corriere Giur.*, 2017, 5, 618 segg., con nota di Bugetti, *Sul difficile equilibrio tra anonimato materno e diritto alla conoscenza delle proprie origini: l'intervento delle Sezioni unite*. Anche la Consulta già prima del 2019 ha chiarito questo profilo delicato concernente il rapporto tra diversi poteri dello Stato. Cfr.: Corte cost. 8 marzo 2019, n. 40; Corte cost. 7 dicembre 2018, n. 233; Corte cost. 5 dicembre n. 2018, n. 222 e Corte cost. 10 novembre 2016, n. 236, tutte in *Banca dati-Leggi d'Italia*, sulla scelta del trattamento sanzionatorio. In queste pronunce si afferma ciò che appare non già come un'invasione della sfera legislativa, ma quale conseguenza dell'eliminazione di una disposizione di legge dall'ordinamento: "al fine di consentire l'intervento correttivo di questa Corte non è necessario che esista, nel sistema, un'unica soluzione costituzionalmente vincolata in grado di sostituirsi a quella dichiarata illegittima, come quella prevista per una norma avente identica struttura e *ratio*, idonea a essere assunta come *tertium comparationis*, essendo sufficiente che il

si nella scelta dei trattamenti medici e il diritto di chiedere l'aiuto al suicidio. Non c'è un diritto che domina sugli altri. L'ordinamento non rinuncia a tutelare la vita, neppure qualora il malato abbia scelto di morire.

È questo, a mio avviso, uno dei tratti più significativi della (equilibrata) sentenza della Corte costituzionale: il valore della vita non è estraneo al confronto con altre posizioni soggettive. Ne consegue che l'esistenza umana è protetta non già in assoluto, ma nella dialettica con altri diritti e valori, sulla scorta di quanto affermato dall'art. 1, 1° comma, L. n. 219/2017: la salute, la dignità e l'autodeterminazione. Questo confronto è aperto all'esito alternativo della prevalenza della vita o della volontà del paziente di abbandonarla. In ogni caso l'assiologia costituzionale è rispettata, poiché essa oscilla tra tutela della vita e della libertà di scelta su come affrontare la propria condizione di malato.

Il diritto di morire lo si esercita, pertanto, in un quadro giuridico di garanzie della vita, della volontà e della dignità del malato. Questo è il cuore del *decisum* della Corte costituzionale, la quale ha il merito di aver sgombrato il campo da impostazioni ideologiche di stampo assolutistico che o esaltano l'indisponibilità della vita o l'individualismo senza socialità. Invece, lo spazio di legittimità dell'aiuto al suicidio impedisce che vi sia vita senza volontà di vivere, senza dignità (secondo la prospettiva di quella singola persona), né libertà. Al contempo devono essere rispettate le indicazioni fornite dalla Corte costituzionale, affinché tutti i valori e i diritti coinvolti dalla decisione del paziente vengano salvaguardati.

A tal fine viene anzitutto richiamata la "procedura medicalizzata" di cui all'art. 1, 5° comma, L. n. 219/2017, prevista per il rifiuto del trattamento salvavita ed estensibile all'aiuto al suicidio. In particolare, occorre che il medico accerti la "capacità di autodeterminazione del paziente e il carattere libero e informato della scelta espressa" di concludere la vita tramite l'aiuto al suicidio[23]. Una scelta da esprimere nelle forme di cui al comma 4 del medesimo articolo: per iscritto o con una videoregistrazione e, per i disabili, attraverso quei dispositivi che gli consentano la comunicazione.

La Consulta sottolinea, sempre con riguardo a tale comma, che il medico, oltre a prospettare al paziente le conseguenze della sua decisione, le possibili alternative e a sostenerlo con azioni positive anche di natura psicologica, deve dare conto, facendone espressa menzione nella cartella clinica, "del carattere irreversibile della patologia".

Sono tutte disposizioni, queste, volte a garantire certezza, autenticità e persistenza del volere e, soprattutto, a tutelare la vita umana. Solo consentendo al paziente di scegliere consapevolmente, all'interno dell'alleanza terapeutica, si protegge la vita qualora egli intenda vivere, oppure si salvaguarda l'autodeterminazione e la dignità se egli sia determinato, invece, a morire.

Nella tutela di questi tre valori – vita, autodeterminazione e dignità – è strategico l'art. 2, L. n. 219/2017, che prevede il diritto alle cure palliative in caso di rifiuto o revoca del consenso al trattamento sanitario. Tale disposizione va applicata, secondo la Corte costituzionale, anche alla richiesta di aiuto al suicidio, posto che "l'accesso alle cure palliative, ove idonee a eliminare la sofferenza, spesso si presta (...) a rimuovere le cause della decisione del paziente di congedarsi dalla vita"[24]. Pertanto, tali cure si pongono quale condizione di legittimità dell'aiuto al suicidio[25].

Vi sono altri due profili del procedimento medicalizzo su cui la Corte costituzionale ha preso posizione, con chiarezza, in attesa delle determinazioni del legislatore, mantenendo un giusto equilibrio tra tutela della vita e dell'autodeterminazione. Il primo consiste nell'aver riservato alle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale la verifica delle condizioni di legittimità dell'aiuto al suicidio. Ad esse – si legge nella sentenza – "spetterà verificare le relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere tali da evitare abusi in danno delle persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze". Il suicidio assistito dovrà dunque essere attuato necessariamente nelle strutture ospedaliere fintantoché non interverrà il legislatore, il quale dovrebbe, a mio avviso, a tutela della dignità umana, valutare se consentirlo anche nella propria abitazione, senza perciò diminuire il livello di protezione della vita umana[26].

Il secondo profilo posto in rilievo dalla Consulta garantisce la trasparenza del procedimento in cui si dispiega la volontà del paziente e l'autenticità di quest'ultima. A tal fine è stato imposto il coinvolgimento del Comitato etico territorialmente competente, "un organo collegiale terzo, munito delle adeguate compe-

---

sistema nel suo complesso offra alla Corte precisi punti di riferimento e soluzioni già esistenti (sentenza n. 236/2016), ancorché non costituzionalmente obbligate, che possano sostituirsi alla previsione sanzionatoria dichiarata illegittima".

[23] Corte cost., 22 novembre 2019, n. 242, cit., par. 5. Sull'importanza della comunicazione tra medico e paziente, espressa dall'art. 1, 8° comma, L. n. 219/2017, cfr. Zatti, *"Parole tra noi così diverse". Per una ecologia del rapporto terapeutico*, in *Nuova Giur. Comm.*, 2012, 143 segg. Nel fine vita, il dialogo con medico è volto a far emergere non tanto il consenso o il dissenso nei confronti di un atto medico, quanto piuttosto una convinta modalità del vivere tale fase. Rileva cioè la biografia e l'identità della persona e il medico deve attrezzarsi per farle emergere (cfr. art. 1, 10° comma, L. n. 219/2017).

[24] Così Corte cost., 22 novembre 2019, n. 242, cit., par. 5.

[25] Corte cost., ord. 16 novembre 2018, n. 207, cit., par. 10, ha suggerito al legislatore di indicare l'accesso alle cure palliative quale "pre-requisito della scelta di un percorso alternativo da parte del paziente".

[26] Corte cost., 16 novembre 2018, n. 207, cit., par. 9, ha rimesso questa valutazione sul luogo in cui praticare l'aiuto al suicidio alla scelta discrezionale del legislatore. La Società italiana di Cure Palliative, nel documento datato 26 novembre 2019, al punto 7, ha sottolineato l'importanza di non escludere "il domicilio del malato e altri *setting* come luoghi di attuazione" dell'aiuto al suicidio.

tenze, [idoneo a] garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità", disciplinato da un'apposita normativa.

Il Comitato – sembra di capire – deve essere consultato prima di eseguire l'aiuto al suicidio, al fine di tutelare il malato attraverso il controllo della correttezza dell'*iter* procedimentale. Non è chiaro il modo in cui interverrebbe il Comitato: se attraverso una verifica della documentazione medica e/o facendo visitare il paziente (soluzione da preferirsi), né la rilevanza di un eventuale parere contrario da esso espresso all'aiuto al suicidio.

Questioni aperte: obiezione di coscienza, procedimento, minori. E l'eutanasia?

La dichiarazione di incostituzionalità parziale dell'art. 580 c.p. non ha chiuso ogni discorso, né può indurre il Parlamento a ritardare ulteriormente l'approvazione della legge. Nonostante le regole individuate dalla Corte costituzionale, rimangono profili significativi carenti di regolamentazione o del tutto ignorati.

Va anzitutto rimarcato – e la Consulta lo sottolinea – che la declaratoria di illegittimità costituzionale ha soltanto delimitato uno spazio di non punibilità dell'aiuto al suicidio, valevole anche per i fatti anteriori alla pubblicazione della pronuncia nella Gazzetta Ufficiale, purché "l'agevolazione sia stata prestata con modalità anche diverse da quelle indicate, ma idonee comunque sia a offrire garanzie sostanzialmente equivalenti". Non è stato introdotto, quindi, alcun obbligo per il medico di assecondare la richiesta suicidaria del paziente. La quale rimarrà inattuata a fronte del rifiuto di tutti i sanitari in servizio in quel determinato ospedale di coadiuvare il paziente, con conseguente ineffettività del diritto di morire e di scegliere come morire. Ciò costituisce un grave *vulnus* della sfera giuridica della persona.

Di certo il legislatore si porrà il problema dell'eventuale previsione normativa dell'obiezione di coscienza. Un modello di riferimento lo si ritrova nell'art. 9, 4° comma, L. n. 195/1978 (aborto). Se esso verrà riproposto, si dovrà stabilire che la struttura sanitaria è tenuta ad assicurare l'attuazione della richiesta del paziente dell'aiuto al suicidio, anche attraverso la mobilità del personale sanitario, così da coniugare la libertà di coscienza del medico con l'effettività del diritto di morire.

La questione dell'obiezione di coscienza è molto delicata: da un lato sembra scontata la sua introduzione in nome del pluralismo dei valori[27], all'altro, si dovrebbe forse iniziare a riflettere su una ridefinizione dei compiti del medico, in una cornice più consona ai concetti di salute e di integrità in cui sia assicurata la tutela della vita, dell'autodeterminazione e della dignità del malato.

Se la vita è un valore recessivo rispetto al volere libero e consapevole del paziente, debitamente supportato, di rifiutare un trattamento salvavita o di essere aiutato dal medico nel suicidio, pone un problema di legittimità consentire di contrappore a tale volere una diversa concezione soggettiva del medico riguardo alla vita sofferente. È significativo che la L. n. 219/2017 non abbia previsto l'obiezione di coscienza[28], impedendo così al medico di contrastare la richiesta di interruzione di un dispositivo salvavita o l'attuazione delle DAT, attraverso l'imposizione della propria etica del valore della vita o il proprio credo religioso.

La nuova sfida che i medici dovranno accogliere è quella di saper assumere il ruolo di garanti dell'attuazione della volontà del paziente da loro assistito, informato e sostenuto[29]; una volontà che, in questo tipo di relazione, dovrà essere lucida e determinata. In siffatto contesto di "fiducia" – parola, questa, che implica sostegno e affidamento – la tutela della vita e della salute si deve coniugare, come stabilisce l'art. 3 del Codice di Deontologia Medica, col "rispetto della libertà e della dignità della persona". La finalità della professione medica è allora tutta protesa a tutelare la salute e l'integrità – concetti complessi[30] – del paziente, anche liberandolo dalle sofferenze insopportabili[31], senza strappi rispetto a un'interpretazione del Codice di deontologia medica orientata al bilanciamento tra vita, dignità, integrità e autodeterminazione del paziente[32]. E non può che essere così in ragione della gerarchia delle fonti del diritto.

La questione merita senz'altro ulteriori approfondimenti da svolgere in altre sedi. Qui è utile riflettere su altro punto in prospettiva *de jure condendo*, attinente

[27] In questo senso si è espresso il CNB, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, cit., 17.

[28] Zatti, *Spunti per una lettura della legge sul consenso informato e dat*, cit., 250, chiarisce come il medico abbia il dovere di assecondare la decisione del paziente che rifiuti un trattamento salvavita (cfr. *infra* nota 28); l'obiezione di coscienza non è praticabile (d'accordo Calvo, *La nuova legge sul consenso informato e sul c.d. biotestamento*, cit., 692).

[29] Fazio, *Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento: profili problematici*, cit., 411-412.

[30] Zatti, *Rapporto medico-paziente e "integrità" della persona*, in *Nuova Giur. Comm.*, 2008, 12, 2403 segg., desume dalla normativa sovranazionale l'integrità quale "nucleo semantico" della salute intesa nella nota accezione dell'OMS. L'integrità esprime i due profili di "confine del Sé (integro=intatto)" e di "pienezza del Sé" (art. 1 Carta diritti fondamentali UE e art. 1 Conv. di Oviedo). Nicolussi, *Al limite della vita: rifiuto e rinuncia ai trattamenti sanitari*, in *Quaderni costituzionali*, 2010, 278 segg., segue un'impostazione diversa, valorizzando la prescrizione costituzionale della tutela della salute quale interesse della collettività.

[31] Zatti, *op. ult. cit.*, 2407, afferma che "il medico ha il compito professionale di proporre al paziente visioni e strategie di salute in vista della realizzazione della migliore integrità conseguibile, nella necessaria integrazione di tutte le dimensioni dell'integrità stessa". Ma allora a me sembra che se l'integrità è inscindibile dall'identità ("*identity view of integrity*"), diventa legittima e compatibile con i valori di riferimento la richiesta di aiuto al suicidio. Il CNB, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, cit., p. 16-17 dà atto di questa nuova prospettiva che ampia i compiti del medico dall'aiuto nel morire all'aiuto a morire.

[32] Dissente Bilotti, *Ai confini dell'autodeterminazione terapeutica*, cit., 461. Borsellino, *Sulle proposte di legge in tema di rifiuto di*

alla fattispecie giustificativa dell'aiuto al suicidio. Secondo la Corte costituzionale il malato, per poter richiedere tale pratica, deve essere tenuto in vita da presidi medici. Questa condizione, a ben vedere, delimita eccessivamente la casistica, almeno rispetto a quei malati che, afflitti da sofferenze resistenti alle terapie e autonomi nelle funzioni vitali, decidano di ricorrere all'aiuto al suicidio. Non costituisce un *discrimen* sempre giustificabile quello tra l'essere o no dipendente da un sostegno vitale. L'aspetto davvero decisivo è il grado di sofferenza fisica e psichica e l'impossibilità di contenerla in modo accettabile (così le leggi olandese n. 136/2001 e belga n. 144/2003). Emergerà altrimenti tutta la crudeltà di dover sempre attendere la dipendenza del paziente da un sostegno vitale.

Delineati i presupposti di fatto, il legislatore dovrà regolare il procedimento medicalizzato. Ritengo che sia preferibile dettare regole specifiche piuttosto che richiamare l'art. 1 della L. n. 219/2017. Si pensi, ad esempio, al profilo dell'intervento del soggetto terzo, il quale ha il compito di valutare la situazione nel suo complesso al fine di garantire un elevato grado di certezza in ordine all'esistenza delle condizioni dell'aiuto al suicidio[33]. Le leggi belga e olandese gli dedicano specifiche disposizioni, rigorose nel precisare i requisiti (di competenza) del terzo e i suoi doveri tra cui vi è quello di rendere un parere scritto[34]. Tali leggi prevedono anche un controllo successivo al decesso del paziente, affidato a una Commissione, sulla correttezza della procedura[35] allo scopo di disincentivare abusi o valutazioni superficiali.

Un ulteriore punto riguarda la rilevanza della volontà del minore di età di essere aiutato nel suicidio. L'art. 3 della L. n. 219/2017 appare sbilanciato nell'attribuire preminenza alle decisioni degli esercenti la responsabilità genitoriale[36], in un contesto finalistico circoscritto al perseguimento della salvaguardia della salute e della vita. Il 2° comma attribuisce, infatti, in ogni caso ai genitori o al tutore il potere di acconsentire o di rifiutare il trattamento sanitario, "tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità". Una disposizione, questa, coerente con l'art. 1, 5° comma, L. n. 219/2017 che attribuisce il diritto di rifiutare qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario soltanto alla persona capace di agire.

È eccessivo soffermarsi in questa sede sull'interpretazione di quel "tenendo conto"[37], poiché il filo del discorso si concentra sulla configurabilità del diritto del minore di chiedere il suicidio assistito. Certo, la predetta funzionalizzazione dell'ufficio dei genitori e del tutore alla tutela della salute e della vita del minore deve rimanere ben salda, nella consapevolezza, però, che anche il minore possa trovarsi nella stessa condizione del maggiorenne tratteggiata dalla Corte costituzionale. In tal caso, l'art. 3 della L. n. 219/2017 non è soddisfacente.

In casi estremi si potrebbe far leva sullo scopo legislativo della tutela della salute psicofisica del minore, da valutare "nel pieno rispetto della sua dignità" (art. 3, 2° comma, L. n. 219/2017), per giustificare una soluzione che veda retrocedere la vita. Non si nasconde la complessità e la delicatezza di una siffatta operazione ermeneutica.

Occorrerebbe, *de jure condendo*, rafforzare il diritto del minore di far valere, proporzionalmente al suo grado di maturità (art. 3, 2° comma, L. n. 219/2017), la sua dimensione identitaria.

Una soluzione legislativa da valutare potrebbe essere quella accolta dalla legge olandese, che detta regole diverse a seconda dell'età. Se il minore ha tra i sedici e i diciotto anni e "si possa ritenere che [egli] abbia una ragionevole consapevolezza dei suoi interessi, il medi-

---

trattamenti sanitari e di eutanasia, *Fam. e Dir.*, 2019, 7, 733, ritiene indispensabile, *de jure condendo*, la previsione dell'obiezione di coscienza a fronte della richiesta di aiuto al suicidio o di eutanasia.

[33] La Società italiana di Cure Palliative, doc. cit., al punto 6, ha espresso preoccupazione per il coinvolgimento preventivo dei Comitati Etici Locali: scarsamente diffusi e privi di competenze di bioetica clinica.

[34] L'art. 1 della legge olandese sull'eutanasia e il suicidio assistito (n. 136/2001) stabilisce che il medico destinatario della richiesta di una di tali pratiche deve consultare "un altro medico indipendente", obbligato a visitare il paziente e a dare la sua opinione scritta sulla sussistenza di tutti i requisiti previsti dalla legge. Analogamente, ma con maggiore ricchezza di contenuto, dispone l'art. 3 della legge belga sull'eutanasia (n. 144/2003), in cui si aggiunge che "il medico consultato deve comportarsi in modo autonomo, sia nei riguardi del paziente che nei confronti del curante e deve essere in possesso di una competenza professionale in merito alla patologia del caso. Il curante deve informare il paziente circa l'esito del consulto".

[35] L'art. 9 della legge olandese affida il controllo alle Commissioni regionali, le quali valutano il rapporto redatto dal medico "che ha praticato l'eutanasia su richiesta o ha fornito assistenza in un suicidio" (art. 8) e, qualora la Commissione ritenga che il medico abbia sbagliato ad agire, essa "comunica il suo parere all'Ufficio della Procura Generale Repubblica e all'ispettore regionale per la Salute" (art. 9). La legge belga, poiché disciplina l'eutanasia, è ancora più rigorosa: ha istituito una Commissione federale, attribuendole la funzione di controllo sull'applicabilità della legge. A tal fine vi è un registro, diviso in due parti, che deve essere compilato dal medico che ha praticato l'eutanasia (artt. 5-8, L. n. 144/2003). Il procedimento di controllo è scandito da una fase ordinaria ed un'altra eventuale e, qualora emerga il mancato rispetto delle condizioni previste dalla legge, la Commissione invia il dossier al Procuratore del Re del luogo del decesso del paziente.

[36] Baldini, *L. 210/17: Minori, incapaci e autodeterminazione terapeutica tra luci e ombre*, in *Dir. Succ. e Fam.*, 2019, 1, 12 segg.

[37] Condivisibile è la tesi di Senigaglia, *"Consenso libero e informato" del minorenne tra capacità e identità*, in *Rass. Dir. Civ.*, 2018, 4, 1340 segg., che sottrae l'infra-diciottenne dai limiti operativi della capacità di agire in forza dei diritti inviolabili attenenti alla dimensione personale, senza l'esercizio dei quali si negherebbe al minore la sua stessa soggettività. Così spetterà a quest'ultimo scegliere se accettare o no un trattamento quando egli sia "nella fase di affermazione dell'identità (...) con la cura e il supporto del genitore". Sintetizza perfettamente Zatti, *Consistenza e fragilità dello* ius quo utimur, in *Nuova Giur. Comm.*, 2015, 1, 20023, l'esito delle complesse dinamiche tra vita, autodeterminazione e dignità, affermando che la funzione dei familiari vicini al malato è, a prescindere dall'esistenza di un ufficio di diritto privato, quella di "testimoni dell'identità".

co [può] accogliere la richiesta del paziente di porre fine alla sua vita con il suicidio assistito, dopo che i genitori o i parenti (...) o il tutore siano stati *coinvolti* nel procedimento decisionale". Qui l'asse è più spostato dal lato del minore "grande"[38], senza purtuttavia rinunciare al controllo esterno della sua decisione, demandato al personale sanitario con il necessario coinvolgimento dei genitori[39]. I quali sono chiamati non a esternare il loro volere, ma a proteggere l'identità del minore già maturo.

Per concludere, solo un cenno al tema dell'eutanasia che, sebbene non affrontato dalla Corte costituzionale, si inserisce anch'esso nella dinamica tra vita, autodeterminazione e dignità. Anche se al Parlamento è stato chiesto di intervenire sull'aiuto al suicidio, potrebbe essere l'occasione per discutere dell'eutanasia. La sua regolamentazione sembra un passo troppo lungo, ma sullo sfondo vi è la necessità di evitare disparità di trattamento tra malati. Si pensi al caso in cui il paziente non sia in grado di collaborare nel porre fine alla propria vita o a quello in cui egli chieda l'eutanasia in previsione del sopraggiungere di uno stato irreversibile di incoscienza.

Nell'assecondare questa volontà ci sarebbe una ragione di coerenza con quella relazione gerarchica che la Consulta ha messo in rilievo tra vita, da un lato, autodeterminazione e dignità dall'altro. Se la vita è un valore che deve essere bilanciato con l'autodeterminazione e la dignità (art. 1, 1° comma, L. n. 219/2017), se l'ultima parola in un quadro di garanzie procedimentali spetta al malato, lo stesso ragionamento varrebbe per l'eutanasia. Quest'ultima non sembra incompatibile con il quadro giuridico che la Corte costituzionale ha delineato nella sentenza in commento.

La prospettiva più consonante con i valori e i diritti, come si sono evoluti fin qui, non è quella di alzare barriere preconcette contro l'aiuto al suicidio e l'eutanasia, esprimendo visioni assolutiste. È un'altra: è sostenitrice di una disciplina che protegga e bilanci vita, autodeterminazione e dignità sociale, attraverso regole in grado di allontanare anche solo l'ombra della "bioetica utilitaristica"[40] e di consentire al malato di attuare la sua libera e consapevole scelta[41] in un contesto relazionale di garanzie[42] in cui spicca la dimensione della socialità e della solidarietà.

Secondo questa prospettiva ogni critica di stampo individualista si sgretola, poiché la decisione del paziente non è e non deve essere isolata, ma essa è tanto più specchio della propria identità[43] quanto più le istituzioni abbiano adempiuto al loro dovere di sostegno (anche economico)[44]. Solo così predominerà non già l'individualismo né la scelta obbligata di lasciarsi andare ma l'individualità umana.

Le cautele procedurali ed il richiamo ai comitati etici nel caso Cappato

Caterina Mugelli*

La Corte costituzionale delinea le cautele procedurali per la non punibilità del soggetto che agevola l'esecuzione materiale (e non morale) del proposito del suicidio di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputi intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli. Rilevanza è attribuita al SSN, agli artt. 1 e 2 della L. n. 219/2017 e al parere del comitato etico territorialmente competente. Il commento approfondisce in particolare quest'ultimo aspetto, evidenziando problematiche e proponendo soluzioni.

[38] Se, invece, ai sensi dell'art. 2, ult. comma, legge olandese, il minore ha un'età compresa tra i dodici e i sedici anni, "il medico può accogliere la richiesta del paziente a condizione che i genitori o i parenti (...) o il tutore siano d'accordo con la decisione di porre fine alla vita con il suicidio assistito". In tal caso la volontà dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale prevale su quella del minore-paziente.

[39] Senigaglia, *Consenso libero e informato del minorenne*, cit., 1333, ritiene che il genitore "non agisca come rappresentante legale, sostituendosi al figlio nell'esercizio dei suoi interessi, bensì come responsabile della cura degli interessi non patrimoniali del figlio, partecipe della protezione dei suoi diritti fondamentali, della sua persona".

[40] Mazzoni, *Quale dignità*, cit., 79. Cfr. anche CNB, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, cit., 15.

[41] Mazzoni, *Quale dignità*, cit., 95 e segg. scrive pagine di grande spessore culturale, in cui dimostra come il fondamento e l'origine della dignità stia nella responsabilità dell'uomo di costruire la propria libertà. A pag. 107 si legge la seguente definizione: "Dignità è la coscienza della propria libertà nei limiti della responsabilità di sé".

[42] Rodotà, *Homo dignus*, cit., 195-196, ha sempre valorizzato i diritti della persona con equilibrio e rifuggendo da prospettive unilaterali e assolutiste. Così Egli afferma che "la dimensione del potere individuale di decisione non implica autoreferenzialità della persona. Considerando il nesso già ricordato tra dignità e rimozione degli ostacoli di fatto, tra dignità e libera costruzione della personalità, emerge con nettezza un *dovere pubblico di costruire un contesto all'interno del quale le decisioni della persona possano essere effettivamente libere*: in questo modo l'intervento esterno non si traduce in una compressione, in una subordinazione della dignità a una morale esterna, ma costruisce le condizioni per la sua piena manifestazione" (corsivo mio). Direi che la sentenza in commento abbia accolto, condivisibilmente, quest'autorevole impostazione.

[43] Rodotà, *Autodeterminazione*, cit., 273, indica diversi articoli di legge da cui si trae agevolmente come l'ordinamento abbia dato spazio ai "moti della coscienza", creando così uno spazio in cui rileva non l'atto isolato della persona, ma un complesso di elementi connotanti la medesima, i quali, unitamente intesi, costituiscono il sostrato e il fondamento della decisione.

[44] Le difficoltà economiche del malato e della persona vicina a quest'ultimo che vorrebbe occuparsene non possono essere alla base della scelta dell'aiuto al suicidio.

* Il contributo è stato sottoposto, in forma anonima, alla valutazione di un *referee*.

Premessa

La decisione sul caso Cappato comincia a segnare un sentiero importante per la disciplina del suicidio assistito (almeno nell'attesa di un intervento del legislatore) questione che, quasi quindici anni fa, veniva già definita "unico vero nodo problematico"[1] circa l'autodeterminazione nel fine vita[2].

Le decisioni che riguardano il come congedarsi dalla vita sollevano interrogativi etici, medici e giuridici perché "il morire è sempre più governabile dall'uomo" e "[l]e rivoluzioni scientifiche e tecnologiche degli ultimi tempi ne hanno dilatato la portata, con una intensità che ne ha modificato il significato e posto il problema dell'accettabilità etica, sociale e giuridica della tecnica"[3] comportando conflitti tra diritti (come quello tra diritto alla vita e alla autodeterminazione qui in questione) un tempo inimmaginabili.

La Consulta con la sentenza n. 242/2019[4] utilizzando i "poteri di gestione del processo costituzionale" che le sono propri, inaugura una nuova tecnica decisoria che si sostanzia in un'ordinanza (la n. 207/2018[5] che fissa molti dei rilievi e delle conclusioni che si leggeranno poi nella sentenza in commento) con monito al legislatore ad intervenire con una disciplina in materia nell'arco degli undici mesi concessi prima di un'ulteriore udienza di trattazione[6]. In questo modo la Corte, almeno in prima battuta, dà priorità al principio di "leale collaborazione istituzionale"[7] costretto poi a recedere rispetto alle "esigenze di ripristino della costituzionalità violate"[8] (già esposte nell'ordinanza), trascorsi gli undici mesi di tempo senza che il legislatore addivenisse "all'adozione di un testo unificato"[9].

Ritenendo quindi la dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. non procrastinabile per motivazioni ancorate ai diritti fondamentali del malato ed alla sua dignità, ma anche per tutelare i diritti inviolabili dell'imputato che, diversamente, si sarebbe visto infliggere una sanzione penale, da 5 a 12 anni di reclusione, per cause "ordinamentali a lui non addebitabili"[10], la Consulta ritaglia il *petitum* del giudice a *quo*[11] individuando una circoscritta area di non conformità costituzionale dell'aiuto al suicidio, ai fini della punibilità *ex* art. 580 c.p., nei casi in cui i propositi del suicidio siano sorti in 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"[12].

Esistono infatti dei casi, come quello all'esame della Corte, in cui il rifiuto della cura (oggi garantito dalla L. 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", ma comunque già delineato a livello giurisprudenziale[13]) non basta perché la sopravvivenza non dipende dalla somministrazione di farmaci o da sussidi artificiali; in questo senso la loro interruzione non garantirebbe una morte rapida, ma questa po-

---

[1] S. Rodotà, *La vita e le regole. Tra diritto e non diritto*, Feltrinelli, Milano, 2006, 248.

[2] Per una prospettiva comparata sul tema si veda C. Casonato, *Fine vita: il diritto all'autodeterminazione*, in *ilMulino*, 4/2017, 97; C. Casonato, *I limiti all'autodeterminazione individuale al termine dell'esistenza*, in *Dir. Pub. Comp. Eur.*, 1/2018, 3.

[3] S. Rodotà, *La vita e le regole*, cit. 248-249.

[4] La sentenza è stata tempestivamente commentata, tra i primissimi commenti si menzionano R. Bin, *"Tanto tuonò che piovve". Pubblicata finalmente la sentenza sull'aiuto al suicidio ("caso Cappato")*, in *laCostituzione.info*, 22 novembre 2019; A. Ruggeri, *Rimosso senza indugio il limite della discrezionalità del legislatore, la Consulta dà alla luce la preannunziata regolazione del suicidio assistito (a prima lettura di Corte cost. n. 242 del 2019)*, in *Giustizia Insieme*, 27 novembre 2019; D. Pulitanò, *A prima lettura. L'aiuto al suicidio dall'ordinanza n. 207/2018 alla sentenza n. 242/2019*, in *Giurisprudenza Penale Web*, 12, 2019, 6 dicembre 2019, tra gli ultimi pubblicati G. Fiandaca, *Fino a che punto è condivisibile la soluzione costituzionale del caso Cappato?*, in *Discrimen*, 3 febbraio 2020.

[5] V. Corte cost. 16 novembre 2018, n. 207, in *Dir. e Giust.*, 22 novembre 2018. L'ordinanza n. 207 è stata ampiamente commentata sotto molteplici profili, sul sito della Corte costituzionale si rinvengono quasi un centinaio di commenti. Per una pluralità di riflessioni si rimanda a AA. VV., *Il caso Cappato. Riflessioni a margine dell'ordinanza della Corte costituzionale n. 207 del 2018*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2019. Per un commento circa le "omissioni" della sentenza 242/2019 rispetto all'ordinanza 207/2018: C. Tripodina, *La "circoscritta area" di non punibilità dell'aiuto al suicidio. Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, in *Giur.it*, n. 2/2019, *passim*.

[6] La Corte voleva evitare l'applicazione della norma *medio tempore* sospendendo il giudizio a quo, mentre, negli altri giudizi, gli interpreti avrebbero avuto modo di valutare se analoghe questioni fossero rilevanti e non manifestamente infondate. Corte cost., sent. n. 242/2019, par. 5 (g) Ritenuto in fatto.

[7] Per un approfondimento si veda: A. Ruggeri, *Rimosso senza indugio il limite della discrezionalità del legislatore, la Consulta dà alla luce la preannunziata regolazione del suicidio assistito (a prima lettura di Corte cost. n. 242 del 2019)*, in *Giustizia insieme*, 27 novembre 2019; M. Bignami, *Il caso Cappato alla Corte costituzionale: un'ordinanza ad incostituzionalità differita*, in *Questionegiustizia.it*, 19 novembre 2018; M. Picchi, *"Leale dialettica collaborazione" fra Corte costituzionale e Parlamento: a proposito della recente ordinanza n. 207/2018 di monito al legislatore e contestuale rinvio della trattazione delle questioni di legittimità costituzionale*, in *Osservatoriosullefonti.it*, 3/2018. La tecnica è stata comparata con *Unvereinbarkeitserklärung* della Corte costituzionale tedesca, per un approfondimento si veda D. Paris, *Dal diritto al rifiuto delle cure al diritto al suicidio assistito (e oltre). Brevi osservazioni all'ordinanza n.207/2018*, in *Corti supreme e salute*, 3/2018, 8 e segg.

[8] Corte cost., sent. n. 242/2019, par. 6 Ritenuto in fatto.

[9] *Ivi*, par. 3 Considerato in diritto, nel quale si evidenzia l'arresto della proposta di legge A.C. 1586 e affini.

[10] *Ivi*, par. 6 Ritenuto in fatto.

[11] La questione di illegittimità costituzionale sollevata dalla Corte di assise di Milano (Ass. Milano, 14 febbraio 2018, in *Riv. Pen.*, 2018, 6, 535 con nota Palombi, *Dall'indisponibilità della vita all'autodeterminazione delle persone*) aveva un *petitum* più ampio e sollevava questione di legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p.: i) nella parte in cui punisce l'aiuto al suicidio in alternativa all'istigazione al suicidio per contrasto con gli artt. 2, 13, 1° comma, 117 Cost., in relazione agli artt. 2 e 8 della Cedu; ii) nella parte in cui prevede che le condotte di concorso materiale (e non morale) siano sanzionate con la stessa pena rispetto alle condotte di istigazione per contrasto con gli artt. 3, 13, 25, 2° comma e 27, 3° comma Cost.; Corte cost., sent. n. 242/2019, par. 1 Ritenuto in fatto.

[12] *Ivi*, par. 2.3 Considerato in diritto.

[13] Si tratta di conclusioni alle quali era già pervenuta la giurisprudenza ordinaria a seguito delle sentenze sui casi Welby

trebbe sopravvenire dopo un periodo di apprezzabile durata: tale modalità di porre fine alla propria esistenza potrebbe non essere considerata dignitosa anche perché le persone care al paziente dovrebbero condividerla sul piano emotivo[14]. Proprio tale rilievo Fabiano Antoniani (noto come Dj Fabo) muoveva alla prospettazione di tale possibilità.

Ecco che in presenza delle quattro condizioni individuate dalla Corte non si ravvisa quell'esigenza di tutela che giustifica la punibilità, a condizioni diverse, dell'aiuto al suicidio[15]. D'altra parte, se il malato è libero di scegliere e quindi di autodeterminarsi circa l'opportunità di porre fine alla sua esistenza attraverso l'interruzione dei trattamenti sanitari (anche quando ciò richieda una condotta attiva da parte di terzi, come il distacco o lo spegnimento di un macchinario) per quale motivo lo stesso non può decidere di porre fine alla sua esistenza evitando quel decorso più lento conseguente all'interruzione dei trattamenti vitali che, seppur accompagnato dalla sedazione profonda per non incorrere in atroci sofferenze, comporta un percorso dalla durata indeterminata e potenzialmente di sofferenza per i propri cari[16].

Con riguardo a questo specifico ambito, quindi, "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, 2° comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita"[17].

Tuttavia, in considerazione dei possibili abusi dovuti all'assenza di una specifica disciplina della materia[18], la Corte ritiene di dover individuare, ricavandoli dalle coordinate del sistema vigente, "i criteri di riempimento costituzionalmente necessari, ancorché non a contenuto costituzionalmente vincolato"[19].

Quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della sentenza in esame nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, la Corte precisa che l'interprete dovrà effettuare una valutazione di equivalenza circa le cautele procedurali attuate rispetto a quelle previste dalla sentenza[20].

I criteri riempitivi individuati dalla Consulta

La Corte, confermando quanto già espresso nell'ordinanza n. 207/2018, individua i criteri riempitivi prendendo come "punto di riferimento"[21] gli artt. 1 e 2 della L. n. 219/2017, che positivizza il principio del consenso libero ed informato[22].

La legge in parola promuove e valorizza "la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico" (art. 1, 2° comma). Nell'ambito di questa relazione, il paziente, debitamente informato delle proprie condizioni di salute (art. 1, 3° comma), ha il diritto di rifiutare o revocare qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia (art. 1, 5° comma). Sia il consenso informato al trattamento che la sua revoca devono essere acquisiti "con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente" (la forma scritta, le videoregistrazioni o l'utilizzo di altri dispositivi che consentano allo stesso di comunicare)[23].

Sempre nell'ambito della relazione di cura e fiducia tra medico e paziente, quest'ultimo allorquando si trovi nelle condizioni descritte dalla Corte potrà adesso esprimere la sua richiesta di aiuto al suicidio che integrerà la procedura medicalizzata già prevista dall'art. 1, 5° comma della L. n. 219/2017[24]. Il medico del Sistema sanitario nazionale (SSN) dovrà prospettare al paziente le conseguenze e le alternative alla sua

---

(G.U.P. del *Trib. di Roma*, sentenza 23 luglio-17 ottobre 2007, n. 2049) ed Englaro (*Cass. civ.*, sezione prima civile, sentenza 16 ottobre 2007, n. 21748), richiamate da Corte cost., sent. n. 242/2019, par. 2.3 Considerato in diritto.

[14] *Ibid.* Interessante è il parallelismo tracciabile con quanto esposto anni fa in S. Rodotà, *La vita e le regole*, cit., 253. Ampio il dibattito sul tema della dignità della persona in ambito di fine vita. Si rinvia in particolare a G. Resta, *La dignità*, in *Trattato di Biodiritto*, diretto da S. Rodotà e P. Zatti, Milano, 2010, 259 e segg.; P. Zatti, *Maschere del diritto, volti della vita*, Milano, 2009, 32 e segg.

[15] La Consulta esclude che "l'incriminazione dell'aiuto al suicidio, [...] possa ritenersi di per sé in contrasto con la Costituzione" anche alla luce della giurisprudenza della *Corte Eur. Dir. Uomo*, in particolare (sentenza 29 aprile 2002, *Pretty* v. *Regno Unito*) si veda Corte cost., sent. n. 242/2019, par. 2.2 Considerato in diritto. Si veda anche G.I.P. Milano 10 luglio 2017, in *Banca dati De Jure*: "Non vi è violazione dell'art. 2 Cedu che tutela la vita in ogni sua forma ritenere la colpevolezza di un soggetto che aiuti in qualsiasi modo altro soggetto a porre fine alla sua vita anche con l'assistenza di una pubblica autorità, poiché non si può dedurre dall'art. 2 Cedu un diritto di morire". L'unica sentenza della Cassazione, come si precisa nella sentenza in commento, è Cass. pen., 6 febbraio 1998, n. 3147, in *Foro It.*, 1998, II, 456.

[16] *Ivi*, par. 2.3 Considerato in diritto.

[17] *Ibid.*

[18] È la Corte a prospettare possibili esempi di abuso, derivanti dall'assenza di cautele procedurali positivizzate, che potrebbero esser messi in atto da qualsiasi soggetto per spirito filantropico o a pagamento senza alcun controllo ex ante sull'effettiva sussistenza delle condizioni per richiederlo. *Ivi*, par. 2.4 Considerato in diritto, così la Corte esclude la possibilità di una mera pronuncia ablativa. Sui rapporti tra diritto e scienza, sulle tecniche di normazione in caso di problemi bioetici si veda in particolare: R. Sala, *Dalla bioetica al biodiritto*, in *Trattato di Biodiritto*, cit., 141 e segg.; F.D. Busnelli, *Bioetica e diritto privato. Frammenti di un dizionario*, Torino, 2001, 205 e segg.

[19] *Ivi*, par. 4 Considerato in diritto.

[20] *Ivi*, Dispositivo.

[21] *Ivi*, par. 5 Considerato in diritto.

[22] Secondo alcuni l'applicabilità della L. n. 219/2017 alla fattispecie "corrobora la tesi che la somministrazione del farmaco letale sia considerata dalla Corte un 'trattamento sanitario' al pari dei trattamenti di sostegno vitale, perché' diretta a liberare il paziente da sofferenze fisiche o psichiche intollerabili." C. Masciotta, *La Corte costituzionale riconosce il diritto, preannunciato, a morire rapidamente e con dignità con una tecnica decisoria dalle dirompenti implicazioni*, in *Consultaonline*, 1/2020, 70.

[23] Questo è quanto emerge dal combinato disposto dei commi 4° e 5° dell'art. 1 della L. n. 219/2017.

[24] La Consulta, rivolgendosi al Parlamento, ribadisce anche nella sentenza in commento (lo aveva già fatto nell'ordinanza)

decisione (terapia del dolore, erogazione di cure palliative, interruzione del trattamento associato anche alla sedazione palliativa profonda continua), promuovendo "ogni azione di sostegno al paziente anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica" (art. 1, 5° comma e art. 2)[25].

Tuttavia, se le scelte attualmente previste dalla L. n. 219/2017 devono essere rispettate dal medico (tanto che non si prevede la possibilità di un'obiezione di coscienza), nella decisione in commento la Corte precisa che la "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[26]. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato"[27].

Una comunicazione informata ed adeguata tra medico e paziente, che "costituisce tempo di cura" (art. 1, 8° comma, L. n. 219/2017) può sciogliere incomprensioni o fraintendimenti concettuali, "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"[28].

Interessante in proposito sottolineare l'attenzione che la Corte pone circa l'effettiva fruibilità del percorso medicalizzato e, in particolare, delle cure palliative richiamate dalla L. n. 219/2017 e garantite dalla L. n. 38/2010. Citando il parere del 18 luglio 2019 del Comitato nazionale per la bioetica (CNB), dal titolo "Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito", la Corte evidenzia gli ostacoli e le difficoltà che l'offerta effettiva di cure palliative incontra sia per la disomogeneità territoriale del SSN che per "la mancanza di una formazione specifica nell'ambito delle professioni sanitarie" quando invece dovrebbe rappresentare "una priorità assoluta per le politiche della sanità"[29].

La procedura medicalizzata prevista dalla Corte, che vede il necessario coinvolgimento del SSN, risulta dunque fondamentale e cautelativa sia per la verifica delle condizioni prodromiche alla possibilità di richiesta di aiuto al suicidio (patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili per il paziente tenuto in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma comunque capace di prendere decisioni libere e consapevoli), sia per la procedura scalare sopra menzionata.

Il suicidio assistito deve rappresentare l'estrema ratio, ciononostante, anch'esso – e non unicamente "l'accompagnamento verso l'esito finale" – può essere "espressione estrema della solidarietà, una forma di dono tutta volta a beneficiare chi lo riceve, dunque sottratta alle spinte interessate di chi lo pone in essere"[30].

"La delicatezza del valore in gioco", induce la Consulta a prevedere anche il coinvolgimento dei comitati etici territorialmente competenti per "garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità"[31].

Cautele procedurali: Quale ruolo per i comitati etici territorialmente competenti?

I comitati etici individuati dalla sentenza n. 242/2019 vengono definiti "organismi di consultazione e di riferimento per i problemi di natura etica che possono presentarsi nella *pratica sanitaria*" (corsivo aggiunto), proseguendo nella lettura della sentenza, la Corte specifica che "sono 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 [...] funzioni che involgono specificamente la salvaguardia di soggetti vulnerabili e che si estendono anche al cosiddetto uso compassionevole dei medicinali nei confronti di pazienti affetti da patologie per le quali non siano disponibili valide alternative terapeutiche"[32] (corsivo aggiunto).

I riferimenti normativi forniscono qualche indicazione ulteriore.

Per i comitati etici la Consulta rimanda al D.L. n. 158/2012 (noto come decreto Balduzzi) convertito con modifiche dalla L. 8 novembre 2012, n. 189 e al decreto attuativo del Ministro della salute 8 febbraio 2013 recante "Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici", mentre per l'uso compassionevole di medicinali il rinvio è agli artt. 1 e 4 del decreto del Ministro della salute 7 settembre 2017 circa la "Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica".

La sentenza richiama espressamente l'art. 12, 10° comma lett. c del decreto Balduzzi, inserito in sede di conversione dalla L. n. 189/2012, il quale prevede la riorganizzazione da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano dei comitati etici istituiti nel proprio territorio. La disposizione preve-

che la disciplina potrebbe essere introdotta nel contesto della L. n. 219/2017; Corte cost., sent. n. 242/2019, par. 2.4 Considerato in diritto.

[25] La sentenza in commento sembra prevedere un vero e proprio percorso medicalizzato e scalare stabilendo che "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'", Corte cost., sent. n. 242/2019, par. 2.4 Considerato in diritto.

[26] Si discute quindi in dottrina se esista un "diritto al suicidio assistito" (almeno al ricorrere di determinate condizioni) ovvero se si debba piuttosto parlare di "richiesta di aiuto al suicidio", non è quindi chiaro se l'obiezione di coscienza del singolo medico non escluda l'obbligo per il SSN di fornire assistenza, ricorrendo le condizioni descritte nella dalla Corte cost., sent. n. 242/2019. Si veda in proposito C. Tripodina, *La "circoscritta area" di non punibilità dell'aiuto al suicidio. Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, cit., 230 e segg.

[27] Corte cost., sent. n. 242/2019, par. 6 Considerato in diritto.

[28] *Ivi*, par. 5 Considerato in diritto.

[29] *Ivi*, par. 2.4 Considerato in diritto, per completezza si veda anche CNB, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, parere del 18 luglio 2019, 19 e segg.

[30] S. Rodotà, *La vita e le regole*, cit., 256.

[31] Corte cost., sent. n. 242/2019, par. 5 Considerato in diritto.

[32] *Ibid*.

de, in particolare, che "la competenza di ciascun comitato etico possa riguardare *oltre alle sperimentazioni cliniche dei medicinali, ogni altra questione sull'uso dei medicinali e dei dispositivi medici* [...]" (corsivo aggiunto).

Proprio questa perifrasi, sebbene in modo vago, definisce le funzioni collegate ai c.d. comitati per la pratica sanitaria (definiti anche per la "pratica clinica" o "assistenziale")[33].

Il decreto attuativo (decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013), *ex* art. 1 precisa inoltre che tali organismi indipendenti, responsabili "di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone in *sperimentazione* e di fornire pubblica garanzia di tale tutela", possono svolgere anche "funzioni consultive in relazione a *questioni etiche connesse con le attività* scientifiche ed *assistenziali* allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona" (corsivi tutti aggiunti), ove tale funzione non sia già attribuita ad altri specifici organismi. I comitati etici individuati hanno inoltre facoltà di proporre iniziative di formazione di operatori sanitari relativamente a temi in materia di bioetica (art. 1, 2° comma).

Con l'occasione della riorganizzazione che ciascuna regione e provincia autonoma è stata chiamata a mettere in atto entro il 30 giugno 2013, il dettato normativo delinea una duplice possibilità: i) concentrare le funzioni descritte (funzioni relative alle sperimentazioni cliniche dei medicinali e funzioni consultive in relazione ad attività sanitarie) in un unico organismo; ii) mantenere una separazione di organismi e di funzioni laddove questi siano già stati all'uopo istituiti[34].

Analizzando quindi il decreto recante i "Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici" emerge come la residualità delle attribuzioni connesse alle funzioni consultive legate alla pratica clinica investa in realtà anche il decreto attuativo. Molte delle disposizioni ivi presenti sono infatti rivolte allo "sperimentatore" o comunque strumentali ad una accurata valutazione etica, scientifica e metodologica degli "studi"[35].

La stessa composizione, per quanto composita, rispecchia la necessità di soddisfare le esigenze legate alle sperimentazioni piuttosto che quelle connesse alla pratica clinica e assistenziale[36]. La disciplina in parola, all'art. 3, precisa che le modalità organizzative e funzionali del comitato devono garantire l'indipendenza dello stesso[37].

I comitati etici richiamati dalla sentenza sono dunque quelli che svolgono funzioni connesse alla pratica sanitaria che possono essere gli stessi comitati che svolgono le valutazioni circa le sperimentazioni cliniche oppure organismi diversi: il tutto è rimesso alla scelta organizzativa delle regioni e delle province autonome[38].

La "penombra" che la disciplina nazionale riserva ai comitati etici per l'etica clinica ha avuto l'effetto di agevolare grande disomogeneità organizzativa e attuativa sul territorio nazionale[39].

La circostanza non è irrilevante, fosse anche solo alla luce del delicato ruolo che la Corte ha loro ritagliato.

Purtroppo anche i recenti sviluppi normativi non sembrano evidenziare un'inversione di tendenza. Il riferimento è al Reg. (UE) n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano che abroga la Dir. 2001/20/CE. La L. 11 gennaio 2018, n. 3 (c.d. Legge Lorenzin), che poteva forse essere occasione per una disciplina più dettagliata anche per i comitati per l'etica nella clinica[40], reca la "Disciplina in materia di sperimentazione clinica di medicinali

---

[33] U. Viafora, *Comitati etici per la pratica clinica: ragioni di una proposta e problemi aperti*, in *Bioetica Riv. Interdisciplinare*, XXI/2013, 64, per una prospettiva europea si veda G. Lebeer (a cura di), *Ethical function in Hospital Ethics Committees*, IOS Press, Bruxelles, 2002.

[34] Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Bolzano provincia autonoma possono ritenersi regioni virtuose, ciononostante un recente studio sui comitati etici veneti per la pratica clinica evidenzia comunque profili che potranno essere migliorati: E. Furlan, et al., *Establishing and coordinating a regional network of healthcare ethics committee. Findings and lessons learnt from a qualitative research in the Veneto Region (Italy)*, in *Medicina e Morale*, 1/2019, 11; per l'evoluzione anche normativa si veda C. Di Costanzo, *I comitati di bioetica per la pratica clinica: un universo da esplorare (e disciplinare)*, in *BioLaw Journal –Rivista di Biodiritto*, 3/2017, 311 e segg.

[35] Si vedano ad esempio gli artt. 2, 7° e 9° comma; art 3, 2° comma lett. c e le considerazioni di M. Immacolato, *Suicidio assistito, ma non solo. Quale ruolo per i Comitati etici per la consulenza etica dopo la sentenza della Corte costituzionale*, in *Quotidianosanita.it*, 29 novembre 2019.

[36] L'art. 2, 5° comma del D.M. 8 febbraio 2013 stabilisce che al fine di garantire le qualifiche e l'esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli *studi proposti* (corsivo mio) la composizione dei comitati etici debba contemplare almeno tre clinici; un medico di medicina generale territoriale; un pediatra; un biostatistico; un farmacologo; un farmacista del servizio sanitario regionale; il direttore sanitario (o un suo sostituto permanente) e, nel caso degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il direttore scientifico dell'istituzione; un esperto in materia giuridica e assicurativa o un medico legale; un esperto di bioetica; un rappresentante dell'area delle professioni sanitarie interessata alla sperimentazione; un rappresentante del volontariato o dell'associazionismo di tutela dei pazienti; un esperto in dispositivi medici; un ingegnere clinico o altra figura professionale qualificata; un esperto in nutrizione; un esperto di nuove procedure tecniche, diagnostiche e terapeutiche invasive e semi invasive; un esperto in genetica. Il 6° comma precisa che, laddove necessario per specifiche consulenze, il comitato etico convochi esperti esterni al comitato stesso.

[37] Tra le garanzie di indipendenza si menzionano: mancanza di subordinazione del comitato etico rispetto alla struttura per cui opera; almeno un terzo dei componenti deve essere esterno alle strutture sanitarie per le quali opera il comitato, estraneità e mancanza di conflitto di interessi dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta; mancanza di cointeressenze di tipo economico-finanziario tra i membri del comitato e le aziende del settore interessato. La lista non è esaustiva, infatti, il regolamento del comitato etico potrà prevedere le ulteriori e necessarie garanzie e incompatibilità.

[38] C. Di Costanzo, *I comitati di bioetica per la pratica clinica: un universo da esplorare (e disciplinare)*, cit., 308.

[39] M. Immacolato, *Suicidio assistito, ma non solo. Quale ruolo per i Comitati etici per la consulenza etica dopo la sentenza della Corte costituzionale*, cit.

[40] CNB, *I comitati per l'etica nella clinica*, parere del 31 marzo 2017, 5.

nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la degenza sanitaria del Ministero della salute". Essa delega al governo l'adozione di decreti legislativi necessari per il coordinamento tra ordinamento nazionale e ordinamento dell'Unione europea, ma incentra, ancora una volta, l'attenzione sui comitati per la sperimentazione quantificando, tra le altre cose, il loro numero massimo: ai sensi dell'art. 2 comma 7, i comitati etici non potranno essere più di quaranta[41].

È certamente lodevole il tentativo dell'Unione europea di aumentare uniformità circa le sperimentazioni farmacologiche poiché volto a tutelare i diritti, la sicurezza, la dignità e il benessere dei soggetti che si prestano alla sperimentazione ed altresì strumentale alla produzione di dati affidabili e robusti raccolti tramite procedure rispettose di principi comuni in favore dei soggetti sottoposti a sperimentazione[42]. Ciononostante l'occasione non è servita per migliorare una "situazione paradossale" generata "da un lato [dal]l'ampliarsi della componente etica delle scelte sanitarie, dall'altro [dal]la restrizione sempre maggiore dei tempi e degli spazi per riflettere su codesti aspetti"[43].

Il fondamentale ruolo evidenziato dalla Consulta per i comitati etici può quindi servire a (ri)portare l'attenzione e valorizzare i c.d. Comitati etici per la pratica sanitaria (o clinica).

Merita qui ricordare che il CNB già dal 1992 aveva cominciato a delineare le diverse funzioni che i comitati etici potevano essere chiamati a svolgere sul territorio nazionale evidenziando la mancanza di una disciplina nazionale in materia. Anche i successivi appelli del 1997, del 2001 e, quello più recente del 2017 continuano a manifestare la stessa esigenza resa sempre più impellente dagli "sviluppi tecnologici che alimentano nuove speranze e pongono nuovi interrogativi"[44].

Gli addetti ai lavori, sottolineando l'esigenza di maggiori dettagli volti a disciplinare i comitati etici per l'etica nella pratica clinica, evidenziano le difficoltà di applicare le regole previste per i comitati etici per la sperimentazione farmacologica.

A prescindere dal fatto che sia uno stesso comitato etico a svolgere entrambe le funzioni, riflessioni accurate dovranno essere fatte circa la composizione, la tipologia di parere da rilasciare e le relative tempistiche (le problematiche cliniche possono conoscere un'urgenza tendenzialmente sconosciuta alle sperimentazioni farmacologiche), le garanzie di indipendenza e tutte le altre questioni quali ad esempio la localizzazione ed il coordinamento che assumono rilevanza nella trattazione di questioni spesso molto delicate che emergono nella pratica clinica e assistenziale[45].

Sembra, ad esempio, doversi ritenere che, nelle ipotesi richiamate dalla Consulta, il parere da richiedere al comitato etico competente debba essere obbligatorio, ma orientativo e non vincolante[46]: un parere di un organo fatto di competenze diverse e transdisciplinari fondamentali per una valutazione etica della procedura medicalizzata delineata dalla Corte. Ciononostante, il percorso medicalizzato e composito dovrebbe essere caratterizzato da un coordinamento dei diversi soggetti coinvolti: paziente, medico, SSN, comitato etico. Tale coordinamento non potrà che sostanziarsi in un dialogo transdisciplinare che, in considerazione della delicatezza dei valori in gioco, sia tutto volto a comprendere la richiesta del paziente alla luce delle sue condizioni fisiche o psichiche. Tale richiesta dovrà basarsi su un consenso libero ed informato, ovvero risultante dalle chiare informazioni che il medico fornirà al suo paziente nell'ambito della relazione di cura e fiducia. In tal modo il "pendio scivoloso", ovvero il pericolo o il rischio che la non punibilità dell'aiuto al suicidio "venga poi [...] ad ampliare considerevolmente le maglie fino ad ammettere nella pratica casi che, nella situazione iniziale, non erano affatto previsti"[47], dovrebbe risultare meno ripido. Per questo risulta fondamentale la composizione volta a rispecchiare le diverse "professionalità e figure coinvolte nel processo decisionale"[48] che, nel caso dei comitati per la pratica sanitaria (o clinica) dovrebbero coinvolgere anche "figure maggiormente orientate al 'sociale'"[49].

Considerazioni conclusive

Alla complessità della tematica affrontata dalla Corte si aggiunge una complessità attuativa in parte dovuta (inevitabilmente) al fatto che la stessa fosse chiamata (solo) a pronunciarsi sul caso posto alla sua at-

[41] Il numero massimo di quaranta è stabilito dall'art. 2, 7° comma della L. n. 8/2018. Si sottolinea che Il D.M. 8 febbraio 2013 aveva già comportato una notevole riduzione dei comitati etici da 243 a 91, CNB, *I comitati per l'etica nella clinica*, cit., 8. I quaranta comitati etici verranno poi coordinati dal Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici presso l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), si veda l'art. 2 della L. n. 3/2018.

[42] La ricerca di unità giuridica, nel rispetto delle diversità, agevola dunque gli studi che nel settore medico sono spesso (e sempre più) transnazionali o comunque comparati agli sviluppi scientifici di altri paesi. Come sottolinea il CNB, *I comitati per l'etica nella clinica*, cit., 15 "le valutazioni sulla sperimentazione farmacologica rischiano, in taluni casi, di assumere un carattere tendenzialmente impersonale e tendenzialmente procedurale e burocratico", caratteristiche che i comitati etici per la pratica clinica dovrebbero rifuggire concentrandosi invece sulle peculiarità del caso.

[43] L.P. Martina, *I comitati etici per la pratica clinica: tra prospettive, questioni etiche e problemi aperti*, in *diritto.it*, 6 aprile 2017.

[44] CNB, *I comitati per l'etica nella clinica*, cit., 5.

[45] Si tratta di temi che il CNB affronta ripetutamente e con occhio critico ed evoluto nei suoi pareri del 1992, 1997, 2001, 2017 dedicati al tema e disponibili a *http://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte/*, che andrebbero tenuti in debita considerazione.

[46] CNB, *I comitati per l'etica nella clinica*, cit., 19-20; M. Immacolato, *Suicidio assistito, ma non solo. Quale ruolo per i Comitati etici per la consulenza etica dopo la sentenza della Corte costituzionale*, cit.

[47] CNB, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, cit., 18.

[48] CNB, *I comitati per l'etica nella clinica*, cit., 18.

[49] *Ivi*, 5.

tenzione, dall'altro per l'aver esteso una procedura, quella prevista dagli artt. 1 e 2 della L. n. 219/2017 (con il suo richiamo alle cure palliative), che già incontra delle difficoltà che fanno sollevare dubbi sulla "reale capacità del [SSN] di gestire dal punto di vista organizzativo il compito affidato dalla Consulta"[50].

Le difficoltà pratiche relative a diritti o organismi già previsti dal nostro ordinamento (accesso alle cure palliative e comitati etici) non possono però giustificare un vulnus costituzionale.

Pertanto lo stimolo all'attivazione di un circolo virtuoso, complesso sì, ma nel senso etimologico del termine e quindi composito, dovrebbe essere positivamente accolto[51]; non è da escludersi che il richiamo della Corte al comitato etico territorialmente competente sia il frutto anche di un'attenta lettura dei pareri del CNB che ne evidenziano la crescente importanza[52].

D'altra parte le vicende anche giuridiche che coinvolgono temi della vita e della salute hanno oramai una fortissima e sempre crescente presenza di componenti tecnico-scientifiche che talvolta implicano l'utilizzo di tecnologie avanzate che rendono necessaria la precisazione dei confini entro cui riconoscere il diritto alla salute (art. 32 Cost.)[53].

Se pare oramai assodato che "un intervento sul merito delle scelte terapeutiche in relazione alla loro appropriatezza non [possa] nascere da valutazioni di pura discrezionalità politica dello stesso legislatore, [ma debba] prevedere l'elaborazione di indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite tramite istituzioni ed organismi [...] a ciò deputati"[54], con la sentenza in commento, la Corte costituzionale pare specificare che, laddove i valori in gioco siano particolarmente delicati, la ragionevolezza scientifica debba essere eticamente orientata "per rendere favorevole e proficuo il rapporto [fra scienza e diritto] anche in termini di promozione dei principi costituzionali"[55].

Ad oggi tutto è rimesso alle scelte che le regioni (e le province autonome) decideranno di mantenere, potenziare o mettere in atto, non possiamo che sperare che tali scelte siano informate, ponderate e stimolino un'educazione ed una formazione bioetica all'interno della società complessivamente intesa nonché un necessario coordinamento.

Divisione – Edilizia urbanistica

Cassazione civile, Sez. un., 7 ottobre 2019, n. 25021 – Pres. Mammone – Rel. Lombardo – P.M. Capasso (parz. conf.) – Curatela del fallimento di L.R.C. s.p.a. (avv. Carota) – L.R.M.G. (avv. Bonsignore). *Riforma (in parte) App. Palermo, 23 maggio, 2013.*

Divisione – Comunione – Immobili abusivi – Edilizia urbanistica – Nullità

Gli atti di scioglimento delle comunioni relativi a edifici o a loro parti (anche se realizzati prima del 1985), dai quali non risultino gli estremi della licenza o della concessione ad edificare o della concessione rilasciata in sanatoria, sono soggetti alla comminatoria della sanzione della nullità. (Massima non ufficiale)

Divisione – Ereditaria – Natura giuridica – Atti aventi per oggetto diritti reali – Immobili abusivi – Edilizia urbanistica – Nullità

La divisione ereditaria (al pari di quella ordinaria) è soggetta alla nullità prevista per "gli atti aventi ad oggetto diritti reali" su immobili abusivi, in quanto atto inter vivos *con efficacia costitutivo-traslativa. (Massima non ufficiale)*

---

[50] C. Masciotta, *La Corte costituzionale riconosce il diritto, preannunciato, a morire rapidamente e con dignità con una tecnica decisoria dalle dirompenti implicazioni*, cit., 73. Si veda anche C. Cupelli, *Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a sé stessa. La sentenza n. 242 del 2019 e il caso Cappato*, in *Sistema Penale*, 12/2019, 50.

[51] M. Immacolato, *Suicidio assistito, ma non solo. Quale ruolo per i Comitati etici per la consulenza etica dopo la sentenza della Corte costituzionale*, cit.

[52] Per quanto i pareri del CNB relativi ai comitati etici non siano espressamente citati, sembrano comunque essere conosciuti. Si ricorda comunque che nella sentenza in esame è citato il parere del 18 luglio 2019, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito* e come, anche in altre sentenze gli stessi pareri vengano comunque tenuti in considerazione, si veda ad esempio Corte cost., 18 gennaio 2018, n. 5, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 1/2018, 38 con nota di Pinelli, *Gli obblighi di vaccinazione fra pretese violazioni di competenze regionali e processi di formazione dell'opinione pubblic*a. La corte qui si pronuncia in tema di legittimità costituzionale del decreto legge sull'obbligatorietà di alcune vaccinazioni pediatriche e cita espressamente tutti i pareri del CNB in materia (par. 3.5 Considerato in diritto).

[53] C. Casonato, *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, in *Riv. AIC*, 2/2016, 2.

[54] S. Penasa, *Il dato scientifico nella giurisprudenza della Corte costituzionale: la ragionevolezza scientifica come sintesi tra dimensione scientifica e dimensione assiologica*, in *Politica del diritto*, 2/2015, 309 laddove l'autore espone il ruolo del legislatore alla luce della Corte cost., 26 giugno 2002, in *Giust. civ*. 2003, I, 294; in *Foro it*., 2003, I, 394 con nota di Molaschi, *Livelli essenziali delle prestazioni e Corte Costituzionale* e di Gragnani, *Principio di precauzione, libertà terapeutica e ripartizione di competenza tra Stato e Regioni*); in *Regioni*, 2002, 1444, con nota di Violini, *La tutela della salute e i limiti al potere di legiferare: sull'incostituzionalità di una legge regionale che vieta specifici interventi terapeutici senza adeguata istruttoria tecnico scientifica*; e in questa rivista, 2002, c. 2006, con nota di Covino, *In tema di violazione della competenza statale sulla definizione dei principi fondamentali nelle materie di legislazione concorrente ex art. 117, 3° comma, Cost.*.

[55] C. Casonato, *La scienza come parametro interposto di costituzionalità*, cit., 2. Si vedano anche le interessanti riflessioni in G. Perlingieri, *Legge, giudizio e diritto civile*, in *Annali SISDIC*, 2/2018, 63.