



IL COSTITUZIONALISMO MULTILIVELLO NEL TERZO MILLENNIO:  
SCRITTI IN ONORE DI PAOLA BILANCIA  
2 FEBBRAIO 2022

L’“aiuto medico alla morte volontaria”  
in Italia fra via referendaria e via  
parlamentare

di Federico Gustavo Pizzetti  
Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico  
Università degli Studi di Milano



# L'“aiuto medico alla morte volontaria” in Italia fra via referendaria e via parlamentare\*

**di Federico Gustavo Pizzetti**

Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico  
Università degli Studi di Milano

**Abstract [It]:** Il contributo analizza l'iniziativa referendaria “eutanasia legale” e il disegno di legge sulla “morte medicalmente assistita” nel quadro della giurisprudenza costituzionale in materia di ammissibilità del quesito referendario abrogativo e di salvaguardia dei diritti alla vita e all'autodeterminazione.

**Abstract [En]:** The contribution analyzes both the referendum on "legal euthanasia" and the bill on "medically assisted death" under the framework of the most recent constitutional case-law about the admissibility of the referendum and the protection of the rights to life and self-determination.

**Parole chiave:** diritto alla vita, diritto all'autodeterminazione, morte medicalmente assistita, referendum abrogativo, eutanasia legale, giustizia costituzionale

**Keywords:** right to life, right to self-determination, medically assisted death, referendum, legal euthanasia, constitutional justice

**Sommario:** 1. L'introduzione in Italia dell'“aiuto medico alla morte volontaria”: la via referendaria e i suoi possibili ostacoli. 2. Segue: il fine abrogativo intrinseco e l'utilità del referendum. 3. Segue: le leggi costituzionalmente necessarie. 4. Segue: la coerenza e completezza della normativa di risulta. 5. L'introduzione in Italia dell'“aiuto medico alla morte volontaria”: la via legislativa e suoi possibili limiti. 6. Segue: il caso di pazienti inguaribili e dipendenti da presidi di sostegno vitale, ma fisicamente o cognitivamente impediti a darsi la morte volontaria medicalmente assistita dopo averla consapevolmente e liberamente richiesta. 7. Brevi notazioni conclusive.

## 1. L'introduzione in Italia dell'“aiuto medico alla morte volontaria”: la via referendaria e i suoi possibili ostacoli

Come sottolineava tempo fa Paola Bilancia, in due saggi dedicati al tema della “*dignità umana e fine vita*”<sup>1</sup>, il progresso scientifico e tecnologico in campo biomedico, tumultuosamente sviluppatosi in modo particolare a partire dalla seconda metà del secolo scorso, ha fatto man mano sorgere questioni e dilemmi

\* Articolo sottoposto a referendum.

<sup>1</sup> P. BILANCIA, *Dignità umana e fine vita in Europa*, in *Diritto costituzionale in trasformazione – Liber amicorum per Pasquale Costanzo*, v. IV, Consulta OnLine Associazione giuridica scientifico-culturale, 2020, p. 97 ss. e P. BILANCIA, *Riflessioni sulle recenti questioni in tema di dignità umana e fine vita*, in *federalismi.it*, n. 5, 2019, pp. 1 ss.

di vasta portata e notevole profondità non soltanto sotto il profilo etico-sociale<sup>2</sup>, ma altresì dal punto di vista giuridico-costituzionale, sia a livello nazionale, che sovranazionale<sup>3</sup>.

Con particolare riferimento alle “*fasi finali*” dell’esistenza umana — così profondamente incise, nelle loro tradizionali dinamiche naturali, «dagli sviluppi della scienza medica e della tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali»<sup>4</sup> — i sistemi giuridico-costituzionali sono stati viepiù sollecitati ad affrontare i temi legati non solo al rifiuto delle cure salva-vita e di sostegno vitale<sup>5</sup>, ma anche alla richiesta di un “aiuto medico a morire”<sup>6</sup> al fine di risparmiare ulteriori sofferenze ritenute dai malati insopportabili

---

<sup>2</sup> Cfr. P. BORSELLINO, *Bioetica tra “moralì” e diritto*, Milano, Raffaello Cortina, n.e., 2018; M. REICHLIN, *Fondamenti di bioetica*, Bologna, il Mulino, 2021; S.F. MAGNI, *Bioetica*, Roma, Carocci, 2011; F. POGGI, *Diritto e bioetica: le questioni fondamentali*, Bologna, il Mulino, 2021; C. SARTEA, *Bioetica e biogiuridica: itinerari, incontri e scontri*, Torino, Giappichelli, 2019; G. BALDINI, *Riflessioni di biodiritto. Profili evolutivi e nuove questioni*, Milano, Cedam-Wolters Kluwer, 2019; G. CRICENTI, *I giudici e la bioetica: casi e questioni*, Roma, Aracne, 2017; A. PATRONI GRIFFI, *Le regole della bioetica tra legislatore e giudici*, Napoli, ES, 2016.

<sup>3</sup> Anche la pandemia da COVID-19 ha giocato un ruolo rispetto ai molteplici temi posti all’attenzione della riflessione bioetica e dei sistemi giuridico-costituzionali in materia di scelte sanitarie di fine-vita. Per un verso, infatti, soprattutto nelle primissime fasi di irruzione del virus SARS-CoV-2, più ancora che assicurare piena effettività al diritto al rifiuto di cure vitali, è stata semmai la possibile *insufficienza* del sistema sanitario a fornire cure salva-vita alle persone colpite da contagio che le richiedevano, nei reparti di terapia intensiva che si saturavano progressivamente, ad assumere capitale rilevanza: cfr., in proposito, il parere del Comitato nazionale per la bioetica dell’8/4/2020, *Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”*, su cui, in dottrina, A. RIMEDIO, *Criteri di priorità per l’allocazione di risorse sanitarie scarse nel corso della pandemia da CoViD-19*, in *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto*, 2021, pp. 13-38. Per altro verso, la pandemia ha costretto a fare i conti, su più larga scala rispetto all’ordinario, con le questioni relative alla prosecuzione o all’interruzione dei trattamenti salva-vita sia di tipo farmacologico, che meccanico nei a quadri clinici più drammaticamente compromessi dall’azione del patogeno. Per altro verso ancora, posto che la circolazione del *coronavirus* ha costituito un’emergenza grave di sanità pubblica, è venuto in pieno rilievo il necessario bilanciamento fra il riconoscimento del diritto all’autodeterminazione, anche in relazione ai trattamenti profilattici, e la necessaria salvaguardia, da parte dello Stato, della salute di ciascun altro consociato: cfr., in tal senso, il parte del Comitato nazionale per la bioetica del 28/5/2020, *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, e, in dottrina, A. POGGI, *Green pass, obbligo vaccinale e scelte del governo*, in *federalismi.it*, 2021, pp. 4-10.

<sup>4</sup> Corte cost., sent. n. 242 del 2019, §2.3. *c.d.*, che riprende Corte cost., ord. n. 207 del 2018, §8 *c.d.*

<sup>5</sup> Cfr. F. VIGANÒ, *Esiste un “diritto a essere lasciati morire in pace”? Considerazioni in margine al caso Welby*, in *Diritto penale e processo*, 2007, p. 5 ss.; C. CUPELLI, *Diritti del paziente e doveri del medico nelle “scelte di fine vita”*, in *Critica del diritto*, 2011, pp. 274 ss.; N. VICECONTE, *La sospensione delle terapie salvavita: rifiuto delle cure o eutanasia? Riflessioni su autodeterminazione e diritto alla vita tra testo costituzionale e applicazioni giurisprudenziali*, in *Diritto e società*, 2011, pp. 159 ss.; L. TRIA, *Problematiche di fine vita alla luce dei principi costituzionali e sovranazionali: con particolare riferimento ai casi Welby*, Englaro e Santoro, in *I diritti dell’uomo*, 2008, pp. 7 ss.; A. VALLINI, *Rifiuto di cure “salvavita” e responsabilità del medico: suggestioni e conferme dalla più recente giurisprudenza*, in *Diritto penale e processo*, 2008, pp. 68 ss.; P. FALZEA (a cura di), *Thanatos e Nomos. Questioni bioetiche e giuridiche di fine vita*, Napoli, 2009; G.U. RESCIGNO, *Dal diritto di rifiutare un determinato trattamento sanitario, secondo l’art. 32, co. 2 Cost., al principio di autodeterminazione intorno alla propria vita*, in *Diritto pubblico*, 2008, p. 85 ss.; F. SORRENTINO, *Diritto alla salute e trattamenti sanitari: sulla facoltà del malato di interrompere le cure (tra art. 32 Cost. e C.p.)*, in *Quaderni regionali*, 2007, pp. 441 ss.; F. MEOLA, *Sul diritto di rifiutare le cure fino a lasciarsi morire*, in *Rassegna di diritto pubblico europeo*, 2013, pp. 87 ss.; B. VIMERCATI, *Consenso informato e incapacità. Gli strumenti di attuazione del diritto costituzionale all’autodeterminazione terapeutica*, Milano, Giuffrè, 2014.

<sup>6</sup> Sui profili giuridici dell’eutanasia, nella vastissima dottrina, si segnalano: C. TRIPODINA, *Il diritto nell’età della tecnica. Il caso dell’eutanasia*, Napoli, Jovene, 2004; S. TORDINI CAGLI, *Le forme dell’eutanasia*, in S. CANESTRARI, G. FERRANDO, C.M. MAZZONI, S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Il governo del corpo – Trattato di Biodiritto*, Milano, Giuffrè, 2011, pp. 1826 ss.; A. D’ALOIA, *Eutanasia (Dir. Cost.)*, in *Digesto. Discipline pubblicistiche*, Torino, Utet, 2012, pp. 300 ss.; G. FORNERO, *Indisponibilità e disponibilità della vita: Una difesa filosofico giuridica del suicidio assistito e dell’eutanasia volontaria*, Torino, Utet, 2020; A.R. VITALE, *L’eutanasia come problema biogiuridico*, Milano, Franco Angeli, 2017.

e lesive della loro concezione personale della dignità del vivere (e del morire), in presenza di patologie inguaribili o ad esito infausto.

È in questo contesto che si colloca l'avvenuto deposito presso la cancelleria della Corte suprema di cassazione, lo scorso 20 aprile 2021, di un quesito referendario, formulato ad opera del *Comitato promotore referendum eutanasia legale*<sup>7</sup>, avente ad oggetto l'abrogazione parziale dell'art. 579 cod. pen. in materia di omicidio del consenziente<sup>8</sup>.

Più in specifico, il quesito richiede al corpo elettorale di pronunciarsi sull'elisione di alcune parole al comma 1, dell'intero comma 2, e di alcuni termini del comma 3 dell'attuale disposizione di legge di modo che, ove la consultazione popolare venisse indetta, superati il vaglio di legittimità e di ammissibilità, ed avesse esito favorevole, l'art. 579 cod. pen. risulterebbe riformulato così come segue:

«1. Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso: 1) contro una persona minore degli anni diciotto; 2) contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti; 3) contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpiteo con inganno».

Secondo quanto pubblicamente affermato dai promotori, lo scopo dell'iniziativa referendaria sarebbe quello di consentire anche alle «persone con patologie irreversibili che procurano dolori intollerabili», ma «che non conducono di per sé alla morte per effetto della semplice interruzione delle cure», nonché ai «pazienti impossibilitati ad assumere autonomamente un farmaco (a causa di SLA, di una tetraplegia)», di poter «chiedere aiuto medico attivo per la morte volontaria», ferme comunque restando le «tutele per le persone vulnerabili, i minori di 18 anni, le persone che non sono in grado di intendere e volere, quelle il cui consenso è stato estorto»<sup>9</sup>.

In tal modo, sempre secondo il *Comitato promotore*, si potrebbero «abbattere le discriminazioni oggi esistenti consentendo la possibilità di scegliere un fine vita consapevole, controllato e sereno anche alle persone malate che necessitano di un aiuto esterno per porre fine alle proprie sofferenze» purché lo richiedano

---

<sup>7</sup> Annunciato in *Gazzetta Ufficiale*, s.g. n. 95 del 21 aprile 2021.

<sup>8</sup> Al di là della “polisemia” che il termine “eutanasia” ha assunto nel corso del tempo anche attraverso una nutrita serie di aggettivi ai quali viene accostato che finiscono per coprire l'intero “spettro” delle decisioni di fine-vita (ivi compresa la rinuncia o il rifiuto delle cure vitali: cfr. in senso giustamente critico rispetto a tale “assimilazione”, S. CANESTRARI, *Principi di biodiritto penale*, Bologna, il Mulino, 2016, pp. 63 ss.), si ritiene possa valere, in questa sede, quanto affermato recentemente, in sede internazionale, nella “*Declaration on euthanasia and physician-assisted suicide*”, elaborata dalla WORLD MEDICAL ASSOCIATION (LXX General Assembly, 2019), in base alla quale occorre distinguere fra eutanasia e suicidio assistito da una parte, e rifiuto o rinuncia alle cure mediche, vitali, dall'altra. Nella prospettiva della WMA, l'*eutanasia* è definita come «a physician deliberately administering a lethal substance or carrying out an intervention to cause the death of a patient with decision-making capacity at the patient's own voluntary request», mentre il *suicidio assistito* si consuma nei «cases in which, at the voluntary request of a patient with decision-making capacity, a physician deliberately enables a patient to end his or her own life by prescribing or providing medical substances with the intent to bring about death».

<sup>9</sup> “*Referendum Eutanasia Legale – Liberi fino alla fine*”, sito web (indirizzo: <https://referendum.eutanasiale.it>).

«nelle forme previste dalla legge sul consenso informato e il testamento biologico, e in presenza dei requisiti introdotti dalla Sentenza della Consulta sul “Caso Cappato”»<sup>10</sup>.

In effetti, occorre considerare che l’attuale disciplina sul “fine-vita” in Italia come risultante dai plurimi interventi, sia legislativi<sup>11</sup>, che giurisprudenziali<sup>12</sup> succedutisi nel tempo:

a) *ricosce il diritto* del malato di rifiutare i trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, ivi compresa la nutrizione e idratazione artificiale<sup>13</sup>, attraverso una manifestazione di volontà attuale<sup>14</sup> o mediante un “testamento biologico”<sup>15</sup> (nelle forme delle “*disposizioni anticipate di trattamento*”-DAT o della

<sup>10</sup> “Referendum Eutanasia Legale – Liberi fino alla fine”, sito web (indirizzo: <https://referendum.eutanasialegale.it> aggiornato).

<sup>11</sup> Il riferimento è, ovviamente, alla legge n. 219 del 2017, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, in *Gazzetta Ufficiale*, s.g. n. 12 del 16 gennaio 2018, entrata in vigore il 31 gennaio 2018, su cui cfr., in part., B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita. Nuove regole nel rapporto fra medico e paziente: informazioni, diritti, autodeterminazione*, Padova, Cedam, 2018; U. ADAMO, *Costituzione e fine vita. Disposizioni anticipate di trattamento ed eutanasia*, Padova, Cedam, 2018; C. CASONATO, S. PENASA, M. RIDOLFI, *Consenso informato e DAT: tutte le novità*, Milano, Giuffrè, 2018; M.G. DI PENTIMA, *Il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento*, Milano, Giuffrè, 2018; G. RAZZANO, *La legge n. 219/2017 su consenso informato e DAT fra libertà di cura e rischio di innesti eutanasi*, Torino, Giappichelli, 2019; A. SIROTTI GAUDENZI, *Il biotestamento*, Rimini, Maggioli, 2019; L. D’AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita. Riflessioni etiche e giuridiche*, Torino: Giappichelli, 2020; M. FOGLIA (a cura di), *La relazione di cura dopo la legge 219/2017. Una prospettiva interdisciplinare*, Pisa, Pacini, 2019; M. MAINARDI (a cura di), *Testamento biologico e consenso informato. Legge 22 dicembre 2017, n. 219*, Torino, Giappichelli, 2018; M. BILLI, *Il consenso informato in ambito medico-chirurgico. La legge 219 del 2017 e il Caso Cappato*, Roma, Aracne, 2021; e, se si vuole, anche F.G. PIZZETTI, *Il diritto alla pianificazione anticipata delle cure: fondamenti costituzionali e attuazione nella legge n. 219/2017*, in E. CALÒ (a cura di), *Consenso informato e disposizioni anticipate*, Napoli, ESI, 2019, pp. 203 ss.

<sup>12</sup> Si segnalano in modo particolare, Cass., sez. I civ., sent. n. 21748 del 2007, *Englaro*, e prima ancora Trib. Roma, sez. GUP, sent. n. 2049 del 2007, *Welby*, nonché, successivamente, Corte cost., sent. n. 438 del 2008; Corte cost., sent. n. 253 del 2009; Cons. St., sez. VI, sent. n. 4460 del 2014, *Englaro*; Corte cost., sent. n. 242 del 2019 e Corte cost., sent. n. 114 del 2019.

<sup>13</sup> In quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici: art. 1, comma 5 della legge n. 219 del 2017. Il legislatore ha, quindi, opportunamente distinto la nutrizione e idratazione “*artificiale*”, che è vero e proprio *atto medico* e come tale soggetto alla libera scelta individuale del paziente, in base al principio di volontarietà dei trattamenti sanitari (artt. 2 e 32, comma 2°, Cost. e art. 1, comma 1 della legge n. 219 del 2017), dalle pratiche di alimentazione “*assistita*” di comune esperienza (quali quelle che consistono nell’imboccare l’ammalato) che formano, invece, oggetto di un’attività di *cura* non costituente trattamento sanitario (e perciò sottratta alle regole che disciplinano tali trattamenti). In tal senso, peraltro, militava anche l’autorevole posizione espressa dalla Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (SINPE) nel documento “*Precisazioni in merito alle implicazioni bioetiche della nutrizione artificiale*” approvato nel gennaio 2007; *contra*, invece, il parere formulato dal Comitato nazionale per la bioetica, “*L’alimentazione e l’idratazione dei pazienti in stato vegetativo persistente*” del 2005.

<sup>14</sup> Il rifiuto o la rinuncia dei trattamenti sanitari di sostegno vitale o salvavita avviene, da parte del soggetto capace, mediante gli strumenti e le modalità ritenuti più consoni alle condizioni attuali del paziente ed è annotato, a cura del sanitario, nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. In presenza di tale scelta di rifiuto o rinuncia — che il malato può, se ritiene, condividere con i suoi familiari — il medico è tenuto a promuovere ogni azione di sostegno al paziente, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica (art. 1, commi 4, 5, legge n. 219 del 2017). In ogni caso, il medico deve adoperarsi per il sollievo della sofferenza mediante la terapia del dolore e le cure palliative, di cui alla legge n. 38 del 2010 e, può, col consenso motivato del paziente, annotato in cartella clinica o nel fascicolo sanitario elettronico, attivare la sedazione profonda continua in presenza di malattia terminale o morte imminente e di sofferenze non altrimenti trattabili (art. 2 legge n. 219 del 2017).

<sup>15</sup> Sul “testamento biologico” si consenta il rinvio a F.G. PIZZETTI, *Alle frontiere della vita: il testamento biologico tra valori costituzionali e promozione della persona*, Milano, Giuffrè, 2008, nonché a E. CALÒ, *Il testamento biologico tra diritto e anomia*, Milano, Ipsoa, 2008; G. SALITO, *Autodeterminazione e cure mediche. Il testamento biologico*, Torino, Giappichelli, 2012; G. FERRANDO, *Testamento biologico*, in *Enciclopedia del diritto*, v. Ann. VII, Milano, Giuffrè, 2014, pp. 987 ss.; M. FOGLIA, S. ROSSI, *Testamento biologico*, in *Digesto. Discipline privatistiche*, v. Agg. IX, Torino, Utet, 2014, pp. 638 ss.

“*pianificazione condivisa delle cure*”-PCC)<sup>16</sup>, a condizione che si tratti di una decisione assunta dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte e le possibili alternative<sup>17</sup> (articoli 1, 4 e 5 della legge n. 219 del 2017);

*b) consente la facoltà* della persona, pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, ma tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale<sup>18</sup> ed affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche ritenute intollerabili, di chiedere<sup>19</sup> l'aiuto a morire mediante la messa a disposizione, per la successiva auto-somministrazione, di farmaci in grado di provocare la morte entro un breve lasso di tempo, a condizione che la procedura sia verificata da una struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale previo parere del comitato etico territorialmente competente (art. 580 del codice penale come

---

<sup>16</sup> Di cui, rispettivamente, all'art. 4 e all'art. 5 della legge n. 219 del 2017. In tali casi, il rifiuto o la rinuncia alle cure vitali è espresso, a mezzo DAT, da un soggetto maggiorenne e capace d'intendere e di volere, anche in condizioni di piena buona salute, per un futuro stato di malattia e incapacità di autodeterminarsi, servendosi di un atto pubblico, una scrittura privata autenticata, o una scrittura privata personalmente consegnata o all'ufficiale di stato civile del Comune di residenza o alle strutture sanitarie delle Regioni (che abbiano adottato il fascicolo sanitario o la cartella clinica elettronica, o altra modalità telematica di gestione dei dati dell'iscritto al SSN, e che abbiano altresì regolato la banca dati regionale di raccolta delle stesse DAT). La richiesta di sospensione o non attivazione del presidio vitale può essere disattesa dai medici curanti, in accordo col fiduciario nominato nella stessa DAT (o col tutore legale), oltretutto se contraria alla legge, alla deontologia e alle buone prassi, anche laddove risulti palesemente incongrua, non corrispondente alla situazione clinica del paziente, oppure redatta prima dello sviluppo di nuove terapie in grado di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita (artt. 1 e 4 legge n. 219 del 2017). Quanto alla PCC, gli eventuali intendimenti futuri di rinuncia ai presidi vitali possono essere formulati, d'intesa col medico, a fronte di una patologia cronica e invalidante, o di una malattia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, in forma scritta (oppure, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non consentano il ricorso alla scrittura, mediante video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare), ed è inserita in cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. Tali orientamenti futuri, in quanto condivisi col personale curante (ed eventualmente anche aggiornati a seconda dell'evolvere della situazione clinica), sono vincolanti per i sanitari senza eccezioni (art. 5 della legge n. 219 del 2017).

<sup>17</sup> Art. 1, comma 5, art. 4, comma 1, e art. 5, comma 2 della legge n. 219 del 2017.

<sup>18</sup> Dovendosi intendere, con tale locuzione, secondo la più recente giurisprudenza, non solamente i trattamenti che richiedono dispositivi medici, ma anche quelli che si servono di farmaci: C. Ass. App. Genova, sent. n. 1/2021.

<sup>19</sup> Resta, peraltro, fermo, in base a Corte cost., sent. n. 242 del 2019, §6 *c.d.*, che nessun obbligo giuridico di eseguire la richiesta sorge in capo al medico, il quale, di conseguenza, resta sempre libero di ottemperarvi o meno secondo i dettami della propria coscienza individuale.

risulta dalla declaratoria di parziale illegittimità costituzionale pronunciata dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 242 del 2019<sup>20</sup>)<sup>21</sup>;

c) *vieta*, invece, ai medici (come a chiunque) di ottemperare a una richiesta di aiuto farmacologico a morire mediante la messa a disposizione, per la successiva auto-somministrazione, di farmaci in grado di provocare la morte che sia stata avanzata da soggetti *non nelle condizioni sub b)* in quanto sani, oppure malati *non irreversibili*, o *non* dipendenti da presidi medici vitali, *né* afflitti da sofferenze insostenibili (in tali casi, infatti, viene in rilievo l'art. 580 cod. pen., nella parte *non* dichiarata costituzionalmente illegittima con la sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale, che punisce, con la reclusione da cinque a dodici anni, la condotta di agevolare, in qualsiasi modo, l'esecuzione del proposito suicidario di un individuo<sup>22</sup>);

d) *vieta*, altresì, ai medici (come a chiunque) di ottemperare alla richiesta di aiuto farmacologico a morire mediante la somministrazione diretta della sostanza letale nel corpo della persona *anche* — ma non solo

---

<sup>20</sup> Sulla quale si v. N. ZANON, *I rapporti tra la Corte costituzionale e il legislatore alla luce di alcune recenti tendenze giurisprudenziali*, in *federalismi.it*, 2021, f. 3, pp. 86 ss.; A. MORRONE, *Il "caso Cappato" davanti alla Corte costituzionale. Riflessioni di un costituzionalista*, in *forumcostituzionale.it*, n. 10, 2018, pp. 3 ss.; M. D'AMICO, *Sulla (il)legittimità costituzionale della norma penale che incrimina l'istigazione al suicidio: alcune considerazioni critiche a margine del caso Cappato*, in *Giurisprudenza penale (web)*, n. 11, 2017; A. RUGGERI, *Venuto alla luce alla Consulta l'irrocervo costituzionale (a margine della ordinanza n. 207 del 2018 sul caso Cappato)*, in *Consulta Online*, f. III, 2018, p. 571 ss.; P. CARETTI, *La Corte costituzionale chiude il caso "Cappato" ma sottolinea ancora una volta l'esigenza di un intervento legislativo in materia di "fine vita"*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2020, 1, pp. 1 ss.; G. MARAZZITA, *L'inviolabilità del corpo come antagonista della "grundnorm". Libertà personale e forma di Stato*, in *federalismi.it*, 2021, 11, pp. 86 ss.; P. FRATI, *Il fine vita in Italia tra novità normative e giurisprudenziali: la nuova frontiera bioetica dell'autodeterminazione del paziente e degli atti medici*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 2020, pp. 1027 ss.; L. BUSATTA, *Scelte di (fine) vita: cambia il diritto, può cambiare la medicina?*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 2020, pp. 651 ss.; A. APOSTOLI, *Principi costituzionali e scelte di fine vita*, in *Rivista di Biodiritto-BioLaw Journal*, 2021, pp. 239 ss.; F. ZAMMARTINO, *Annotazioni sul trattamento di fine vita tra incertezze legislative e giurisdizionalizzazione dei diritti*, in *Rivista AIC*, 2020, pp. 335 ss.; M. ROMANO, *Istigazione o aiuto al suicidio, omicidio del consenziente, eutanasia, dopo le pronunce della Corte costituzionale*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 20189, pp. 1793 ss.; C. SALAZAR, *"Morire sì, non essere aggrediti dalla morte". Considerazioni sull'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale*, in *Quaderni costituzionali*, 2019, pp. 567 ss.

<sup>21</sup> Una prima applicazione dei meccanismi fissati da Corte cost., ent. n. 242/2019 a vicende occorse dopo la pronuncia, si è avuta con la richiesta, avanzata da un malato tetraplegico, all'ASL territorialmente competente di accertare, previo parere del Comitato etico, la sussistenza, nei suoi confronti, delle condizioni indicate dalla stessa Consulta per poter ottenere da un medico, che vi si presti volontariamente, la morte medicalmente assistita senza che lo stesso sanitario incorra nei rigori dell'art. 580 c.p. A fronte del diniego opposto dall'Amministrazione sanitaria alla richiesta di accertamento, il paziente ha dapprima proposto ricorso d'urgenza ex art. 700 c.p.c. presso il Tribunale ordinario di Ancona, ottenendo pronuncia di rigetto, e poi reclamo ex art. 669-terdecies c.p.c. conclusosi con ordinanza di riforma della decisione del primo giudice (Trib. Ancona, ord. n. 9/6/2021). Secondo l'argomentazione del tutto condivisibile del Tribunale, infatti, la circostanza che la Corte costituzionale, nella sentenza n. 242 del 2019, *non* abbia configurato una posizione giuridica pretensiva in capo al soggetto che richiede l'aiuto medico al suicidio, ma unicamente una clausola di non punibilità per il medico che esaudisce la richiesta alle condizioni fissate dalla stessa Consulta, non implica affatto che l'Amministrazione sanitaria possa rifiutarsi di procedere all'accertamento delle suddette condizioni. Sul séguito giurisprudenziale della pronuncia della Consulta, si segnala M.E. BUCALO, *Il cammino indicato dalla Corte costituzionale per la disciplina del suicidio medicalmente assistito fra giurisprudenza di merito e perdurante attesa del legislatore*, in *BioLaw Journal-Rivista di Biodiritto*, 2021, pp. 281-306.

<sup>22</sup> Ovvero con la reclusione da uno a cinque anni se il suicidio non avviene, ma dal relativo tentativo derivano lesioni personali gravi o gravissime; le pene sono aumentate se la persona aiutata a suicidarsi è minore degli anni diciotto o inferma di mente, o in condizioni di deficienza psichica per altra infermità o abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti; se, invece, la persona è minore degli anni quattordici o comunque priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio: art. 580 cod. pen., comma 2.

— qualora l'istanza provenga da un malato ancora capace di autodeterminarsi ma *non* più in più grado, per inabilità fisica o incapacità cognitiva, di provvedere da sé all'assunzione del farmaco (in tali casi, infatti, scatta il precetto penale di cui all'art. 579 cod. pen. che punisce con la reclusione da sei a quindici anni chiunque cagioni la morte di un uomo col suo consenso<sup>23</sup>).

Si comprende, quindi, perché, nell'ottica del *Comitato promotore*, il quesito referendario risolverebbe i «molti casi ambigui [che] creano condotte “complesse” o “miste”, che non consentono spesso di distinguere con facilità se si tratti di eutanasia mediante azione od omissione e soprattutto pongono il problema di una possibile disparità di trattamento ai danni di pazienti gravi e sofferenti affetti, però, da patologie che non conducono di per sé alla morte per effetto della semplice interruzione delle cure», oppure ai danni di quei malati che «necessitano di un aiuto esterno per porre fine alle proprie sofferenze»<sup>24</sup>.

Infatti, rimuovendosi per via referendaria l'attuale limite *sub d)*, resterebbe unicamente sanzionato l'omicidio compiuto nei confronti di una persona che *non* può prestare valido consenso alla morte farmacologica in quanto minorenni, oppure affetto da malattia mentale, o da altra deficienza psichica (a causa di abuso di sostanze alcoliche o psicotrope), oppure che risulta condizionato nella sua volontà (da violenza, minaccia, raggio o inganno).

In tutti gli altri casi, invero, la condotta di chi esegue il proposito suicidario del malato nelle condizioni “eutanasiche” a cui il *Comitato promotore* si riferisce, sarebbe esente da responsabilità penale senza bisogno di alcun distinguo.

Orbene, è noto che i quesiti referendari, al fine di superare indenni il vaglio d'inaffidabilità costituzionale, ai sensi dell'art. 2 della legge costituzionale n. 1 del 1953 e dell'art. 33 della legge n. 352 del 1970, così da poter poi essere sottoposti al voto popolare, devono rispettare non solo i limiti *espliciti* fissati dall'art. 75 Cost., ma altresì tutti i vari limiti *impliciti*, presenti nel sistema costituzionale complessivo, che sono stati nel corso del tempo enucleati dalla Corte costituzionale<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> Ovvero con le pene previste per l'omicidio se il fatto è commesso contro una persona in stato di minorità, oppure di infermità mentale o deficienza psichica per altra patologia o abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, oppure ai danni di un soggetto il cui consenso è stato estorto con violenza, minaccia, suggestione o carpito con inganno: art. 579 cod. pen., comma 3.

<sup>24</sup> “*Referendum Eutanasia Legale – Liberi fino alla fine*”, sito web (indirizzo: <https://referendum.eutanasialegale.it>).

<sup>25</sup> Nell'ampissima bibliografia si segnalano: E. DE MARCO, *Contributo allo studio del referendum nel diritto pubblico italiano*, Padova, Cedam, 1974; M. LUCIANI, *La formazione delle leggi – Il referendum abrogativo*, commento all'Art. 75 Cost., in *Commentario della Costituzione*, Bologna-Roma, Zanichelli-Il Foro Italiano, 2005; A. DI GIOVINE, *Referendum e sistema rappresentativo: una difficile convivenza*, in *Foro italiano*, 1979, p. V, pp. 150 ss.; G.E. VIGEVANI, *Articolo 75*, in *Commentario breve alla Costituzione*, II ed., Cedam, Padova, 2008, pp. 688 ss.; G.M. SALERNO, *Referendum*, in *Enciclopedia del diritto*, v. XXXIX, Milano, Giuffrè, 1988, pp. 201 ss.; F. PIZZOLATO, V. SATTA, *Articolo 75*, in *Commentario alla Costituzione*, v. II, Torino, Utet, pp. 1460 ss.; M. VOLPI, *Referendum nel diritto costituzionale*, in *Digesto, Discipline pubblicistiche*, v. XII, Torino, Utet, 1997, pp. 505 ss.; A. CHIAPPETTI, *L'ammisibilità del referendum abrogativo*, Milano, Giuffrè, 1974; A. PIZZORUSSO, *I controlli di ammissibilità del referendum*, in *Quaderni costituzionali*, 1985, pp. 265 ss.; F. GABRIELE, *Referendum (diritto costituzionale)* in *Novissimo Digesto Italiano*, v. App. VI, Torino, Utet, 1986, pp. 429 ss.; S. SICARDI, *Art. 75, il referendum abrogativo. Democrazia rappresentativa e democrazia diretta*, in G. NEPPI MODONA (a cura di), *Stato della Costituzione*, Milano, Il Saggiatore, 1995, pp. 240 ss.; I. NICOTRA, *Le zone d'ombra nel giudizio di ammissibilità del referendum abrogativo*, in R. PINARDI (a cura di),

Da questo punto di vista, a ben vedere, non pochi, né affatto marginali sembrano gli aspetti del referendum in parola che potrebbero *non* rientrare, agevolmente, nell'alveo dei limiti *impliciti* tracciati dalla giurisprudenza costituzionale<sup>26</sup>.

## 2. *Segue: il fine abrogativo intrinseco e l'utilità del referendum*

Giova, infatti, innanzitutto, osservare che l'art. 579 cod. pen., nel testo riscritto dal quesito referendario, mentre continuerebbe a punire, con le sanzioni previste per l'omicidio, la condotta di chi cagiona la morte di un uomo col di lui consenso, *quando il consenso è stato invalidamente prestato* dal soggetto per minore età, incapacità naturale o vizio della volontà, *nulla invece stabilirebbe, esplicitamente*, in relazione all'opposta condotta di chi abbia causato la morte di una persona a seguito di un *valido consenso* della vittima.

Tale silenzio sul punto dell'art. 579 cod. pen. potrebbe innescare quel fenomeno, noto alla dottrina come "*abrogatio sine abolitione*", che si verifica allorché una classe di fenomeni, precedentemente compresi in una norma penale speciale *abrogata*, vengono ad essere successivamente sussunti in una preesistente norma penale generale *non abrogata*<sup>27</sup>.

Come noto, infatti, l'attuale art. 575 cod. pen. punisce «chiunque cagiona la morte di uomo», e tale è, a tutti gli effetti, *anche* la condotta che si consuma quando taluno cagiona la morte di un altro individuo col di lui *valido consenso*.

Ma, mentre oggi l'omicidio del consenziente costituisce una figura di reato speciale rispetto all'omicidio *ex art.* 575 cod. pen., tale per cui quest'ultimo *non* trova applicazione nei casi coperti dall'art. 579 cod. pen., un domani che fosse invece intervenuta l'abrogazione referendaria parziale dell'art. 579 cod. pen., non potrebbe dirsi del tutto escluso che le condotte attualmente punite *ex art.* 579 cod. pen. continuino ad essere sanzionate ai sensi dell'art. 575 cod. pen.

Nessuna disposizione letterale presente nell'art. 575 cod. pen. o nell'art. 579 cod. pen. (riformulato per via referendaria) indurrebbe, infatti, l'interprete, con sicura certezza, a ritenere *esclusa* dalla sfera di applicazione della fattispecie di omicidio *tout-court* l'eutanasia consistente nel cagionare la morte di un

---

*Le zone d'ombra della giustizia costituzionale. I giudizi sui conflitti di attribuzione e sull'ammissibilità del referendum abrogativo*, Torino, Giappichelli, 2008, pp. 229 ss.; P. CARNEVALE, *Il "referendum" abrogativo e i limiti alla sua ammissibilità nella giurisprudenza costituzionale*, Padova, Cedam, 1992.

<sup>26</sup> Va da sé, infatti, che il referendum in parola *non* incontra alcuno dei limiti *espliciti*, fissati all'art. 75 Cost., non vertendo su legge tributaria o di bilancio, di amnistia o indulto, o di autorizzazione alla ratifica dei trattati internazionali, né su disposizioni che producono effetti collegati in modo tanto stretto all'ambito di operatività delle leggi espressamente previste all'art. 75 Cost. da ritenersi, quindi, sottintese nelle stesse preclusioni: Corte cost., sent. n. 16 del 1978. Neppure, ovviamente, il quesito referendario in esame è inammissibile in ragione della fonte contenente la disposizione di cui si richiede l'abrogazione popolare posto che l'art. 579 cod. pen. è norma di rango primario *non* dotata di alcuna forza passiva speciale che valga a sottrarla, di per sé, all'istituto *ex art.* 75 Cost. (cfr. Corte cost., sent. n. 16 del 1978).

<sup>27</sup> Il meccanismo è limpidamente illustrato da G. MARINUCCI, E. DOLCINI, G.L. GATTA, *Manuale di Diritto Penale – Parte Generale*, X ed., Milano, Giuffrè, 2021, p. 142 ss.

uomo col di lui valido consenso (in quanto atto comunque omicidiario alla luce della fattispecie generale che rimarrebbe vigente *qua talis*).

Da questo punto di vista, perciò, l'esito del referendum sembrerebbe addirittura “paradossale” giacché le condotte “eutanasiche”, che sono oggi punite con la più “mite” pena della reclusione da sei a quindici anni prevista dall'art. 579 cod. pen., finirebbero, un domani, per essere ben più “severamente” colpite con la sanzione della reclusione non inferiore ad anni ventuno stabilita dall'art. 575 cod. pen.

Un effetto, questo, obiettivamente “inutile” (anzi, a ben vedere, “controproducente”) del referendum (in quanto la consultazione popolare, lungi dall'introdurre la “eutanasia legale” in Italia, come i promotori vorrebbero, si risolverebbe, in realtà, nell'inasprimento delle attuali pene previste per chi commette “eutanasia”) che rischia di condurre il quesito lungo il binario dell'inammissibilità.

La giurisprudenza della Corte in materia referendaria, infatti, ha sottolineato, a più riprese, come *non* possano essere dichiarati ammissibili quei quesiti che risultano *privi di effettiva utilità abrogativa*, ossia che appaiono *inidonei a raggiungere lo scopo di elisione dell'assetto normativo vigente che i promotori si ponevano*<sup>28</sup>.

Ebbene, tale sarebbe senz'altro un quesito che avesse l'effetto di *mantenere* (per di più “rafforzandolo” nella sanzione) un interdetto penale (quello di omicidio del consenziente) che si vuole, invece, *abrogare* attraverso il referendum.

Emerge, quindi, un primo profilo di dubbia certezza sull'ammissibilità costituzionale del quesito in esame.

### **3. Segue: le leggi costituzionalmente necessarie**

Tanto avvertito, appare comunque più ragionevole l'altra e opposta tesi secondo la quale il referendum sull'art. 579 cod. pen. conduce semplicemente all'*abolizione del reato di omicidio* di colui che ha prestato *valido* consenso, *senza* determinare anche una “espansione” della fattispecie di omicidio di cui all'art. 575 cod. pen.

In questa prospettiva, giova, però, rimarcare che l'art. 579 cod. pen., come riformulato dal quesito referendario, rende *non più punibile qualsiasi condotta di omicidio del consenziente* in qualunque circostanza compiuta *purché* il soggetto, che ha chiesto di essere ucciso, *non* sia un minorenni, un infermo di mente, una persona in condizioni di deficienza psichica (per altra malattia o per abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti), oppure un soggetto la cui volontà è stata coartata da violenza, minaccia, suggestione o inganno.

Nessun elemento testuale nel “riformulato” art. 579 cod. pen., infatti, specifica che il “consenso” scriminante la condotta di omicidio del consenziente di cui si tratta è, o dovrebbe essere, il “consenso”

---

<sup>28</sup> Corte cost., sent. n. 35 del 2000; Corte cost., sent. n. 36 del 2000; Corte cost., sent. n. 37 del 2000.

prestato da un paziente inguaribile, o terminale, dipendente da presidi di sostegno vitale e afflitto da insostenibili sofferenze che intende consapevolmente e liberamente rifiutare.

L'art. 579 cod. pen., nella versione "riscritta" dal referendum, infatti, si limita solamente a prevedere che si applichino le disposizioni sull'omicidio per punire la condotta di chi cagiona la morte di un uomo «col consenso di lui se il fatto è commesso contro» uno dei soggetti *incapaci* tipizzati nei numeri da 1) a 3).

Nulla il testo stabilisce quanto ad ulteriori requisiti che il "consenso" in parola ha o dovrebbe avere, al fine di *non* far scattare la fattispecie sanzionatoria.

Dato, quindi, per *necessario e sufficiente* che il "consenso" sia quello espresso da un individuo che *non* rientra fra quelli enumerati nell'art. 579 cod. pen., comma 1, numeri da 1) a 3), colui il quale abbia cagionato la morte di tale individuo, *non* incorrerà in alcuna responsabilità penale.

"Arricchire" la fattispecie incriminatrice *de qua* con altri elementi che il "consenso" riveste, o dovrebbe rivestire, dal punto di vista delle condizioni del soggetto che lo presta (nel senso di essere una persona affetta da una patologia o da dipendere da presidi vitali o da patire dolori irretrattabili), quali quelli di cui alla legge n. 219 del 2017 o alla giurisprudenza della Corte costituzionale<sup>29</sup>, come pure è stato suggerito dal *Comitato promotore*<sup>30</sup>, significa, in effetti, compiere un'operazione ermeneutica, peraltro *in malam partem* perché ampliativa e non limitativa dell'area di punibilità del "nuovo" art. 579 cod. pen., che il testo della norma non impone, né tantomeno rende inevitabile.

Sotto questo profilo, perciò, sembra quasi di potersi dire che il referendum in questione avrebbe addirittura un effetto "*ultra-eutanasi*".

Infatti, l'iniziativa referendaria proposta sull'art. 579 cod. pen., lungi dal limitarsi *solo* a introdurre, per via popolare, l'"*eutanasia legale*" in Italia<sup>31</sup>, come il *Comitato promotore* sostiene ed auspica, condurrebbe piuttosto a "*legalizzare l'omicidio del consenziente*" nel nostro Paese.

<sup>29</sup> Corte cost., sent. n. 242 del 2019.

<sup>30</sup> "Referendum Eutanasia Legale – Liberi fino alla fine", sito web (indirizzo: <https://referendum.eutanasialegale.it>).

<sup>31</sup> È noto che, nel mondo, è tuttora assai limitato, sebbene in costante aumento, il numero di Paesi che riconoscono il diritto al suicidio clinicamente assistito (c.d. "*assisted suicide*"), oppure all'eutanasia (c.d. "*mercy killing*") come strumenti di tutela della dignità e della libertà del malato, sia pure a condizioni di volta in volta diverse (in alcuni Stati, infatti, si accede al percorso eutanasi solo se affetti da malattia "terminale" anche prima del sopraggiungere dello stato di imminenza di morte, e in altri no; in alcuni è ammesso ricorso all'eutanasia anche ai soggetti minorenni, in altri no; in alcuni è consentito solo il "suicidio assistito" ma non anche l'uccisione pietosa; in alcuni è previsto che solo i pazienti capaci al momento dell'esecuzione della procedura possano servirsene, in altri la richiesta di eutanasia è ammessa anche in via anticipata; diverse possono poi essere le tempistiche della procedura, le forme della richiesta, il coinvolgimento di organismi di controllo, e così via). Al momento sono considerati Stati "eutanasi": l'Olanda (legge del 12 aprile 2001); il Belgio (legge del 28 maggio 2002); il Lussemburgo (legge del 16 marzo 2009); la Germania (a seguito di una recente, pronuncia del *Bundesverfassungsgericht*, n. 2 BvR 2347/15 del 26 febbraio 2020, che ha dichiarato incostituzionale il reato di assistenza in forma commerciale al suicidio); la Spagna (legge organica 24 marzo 2021); il Canada (legge 17 giugno 2016, adottata dopo la sentenza della Corte suprema canadese *Carter v. Canada*, 6 febbraio 2015 e ampliata con legge 17 marzo 2021); la Svizzera (dove il codice penale punisce solo l'atto egoistico del terzo che agevola il suicidio); la Colombia; l'India; l'Uruguay; l'Australia (limitatamente a Victoria) e gli Stati Uniti, limitatamente ai seguenti Oregon (Or. Rev. Stat. §127.800 (2015)), Washington (Wash. Rev. Code §70.245 (2016)), Vermont (Vt. Stat. Ann. Tit. 18 §5281 (2016)),

Una “legalizzazione”, questa, in grado di estendersi *anche* nei contesti “*non eutanasic?*” e nei confronti di soggetti del tutto sani (fragili o meno che siano), oppure malati ma *non* inguaribili, né terminali, né sottoposti a trattamenti sanitari di sostegno vitale o esausti a causa di sofferenze divenute insopportabili dalle quali vogliono liberarsi il più in fretta possibile grazie ad un farmaco che permetta loro una morte rapida e conforme al loro canone personale di decesso sereno e dignitoso.

Tale portata “espansiva” del referendum rende, inverò, l’iniziativa di assai dubbia *coerenza col quadro costituzionale che attualmente presidia le scelte di “fine-vita”*.

Giova, infatti, osservare come la più recente giurisprudenza costituzionale abbia affermato, con cristallina nettezza, che dall’art. 2 della Costituzione<sup>32</sup> non discende né un «diritto a morire» a qualsiasi condizione, né un «generico diritto all’autodeterminazione individuale, riferibile anche al bene della vita»<sup>33</sup>.

Anzi, dalla medesima disposizione costituzionale deriva, semmai, sempre secondo il limpido pronunciarsi della Corte, il *precipuo e indefettibile* «dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo», con particolare (ma *non esclusivo*) riferimento alle «persone più deboli e vulnerabili [...] che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere»<sup>34</sup>.

---

California (Cal. Health & Safety Code §443.22 (2016)), Colorado (Colo. Rev. Stat. §25-48-101 (2017)), Washington D.C. (W.D.C. Code §7-661 (2017)); New Jersey (N.J. Rev. Stat. §26:16-1 (2019)); Hawaii (Haw. Rev. Stat. §327-L (2018)); Maine (Maine Rev. Stat. §1.22.418 (2019)); New Mexico (N.M. Elizabeth Whitefield End-of-Life Options Act (2021)). Più in generale, la Corte Suprema americana ha ritenuto *non* in contrasto con la Costituzione federale le legislazioni statali che vietano l’eutanasia (*Washington v. Glucksberg*, 521 U.S. 702 (1997) e *Vacco v. Quill*, 521 U.S. 793 (1997)) ma neppure incostituzionali le leggi che, in altri Stati, la permettono (*Gonzales v. Oregon*, 546 U.S. 243 (2006)). Dal canto suo, la giurisprudenza europea dei diritti dell’uomo ha riconosciuto che gli articoli 2 (diritto alla vita) ed 8 (diritto all’autodeterminazione) della *Convenzione europea dei diritti dell’uomo* non impediscono agli Stati Parti di prevedere, nei propri ordinamenti nazionali e in base al loro margine politico di apprezzamento delle condotte sociali, un divieto anche penalmente assistito di eutanasia (Corte europea dei diritti dell’uomo, sentenza 29 aprile 2002, *Diane Pretty v. United Kingdom*, e sentenza 23 giugno 2015, *Nicklinson v. United Kingdom*), fermo restando che laddove, invece, gli Stati introducano forme legali di eutanasia, debbono comunque predisporre adeguate cautele per evitare abusi (Corte europea dei diritti dell’uomo, sentenza 20 gennaio 2011, *Haas v. Switzerland*, e sentenza 30 settembre 2014, *Gross v. Switzerland*). È in ogni caso fatto divieto, a livello di Consiglio d’Europa, di praticare l’eutanasia *senza* il consenso del paziente o in base ad un suo “*presunto beneficio*” e quindi *in assenza* di ogni volontà, attuale o previa, manifestata dalla persona: risoluzione n. 1859 (2012), *Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients*.

<sup>32</sup> In relazione al diritto alla vita, cfr. Corte cost., sent. 223 del 1996 e Corte cost., sent. n. 35 del 1997 e, in dottrina, *ex multis*, A. BARBERA, *Articolo 2*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Bologna-Roma, Zanichelli-II Foro Italiano, 1975 pp. 50 ss.; E. ROSSI, *Articolo 2*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, v. I, Torino, Utet, 2006, pp. 38 ss.

<sup>33</sup> Corte cost., sent. n. 242 del 2019, §2.2. *c.d.* e prima ancora Corte cost., ord. n. 207 del 2018, §7 *c.d.* (enfasi corsiva aggiunta). Si osservi che non vi è “incoerenza” fra il *non* punire il tentativo di suicidio, da una parte, e il consentire l’aiuto farmacologico al suicidio in taluni, ben limitati casi, individuati dalla sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale, dall’altra. Infatti, come la stessa Corte cost., ord. n. 207 del 2018, §6 *c.d.* sottolinea, la condotta di chi coopera alla dissoluzione della vita altrui, coadiuvando il suicida nell’attuazione del suo proposito «fuoriesce dalla sfera personale di chi la compie, innescando una relatio ad alteros di fronte alla quale viene in rilievo, nella sua pienezza, l’esigenza di rispetto del bene della vita che lo Stato deve assicurare».

<sup>34</sup> Corte cost., sent. n. 242 del 2019, §2.2. *c.d.* e ancor prima Corte cost., ord. n. 207 del 2018, §7 *c.d.*

Secondo la stessa Consulta, quindi, non può mai mancare (del tutto) una disciplina legale tale da impedire possibili abusi ai danni di chiunque voglia “congedarsi dalla vita”<sup>35</sup>, e in particolare dei più fragili. Abusi, questi, che, secondo la stessa Corte, potrebbero verificarsi ove si ammettesse a chiunque, anche non esercente una professione sanitaria, di lecitamente offrire, a casa propria o a domicilio, per spirito filantropico o a pagamento, la morte farmacologica a chiunque lo desideri senza alcun limite rispetto alle condizioni cliniche della persona che la chiede, né alcun controllo, *ex ante*, sull’effettiva sussistenza della capacità del richiedente di autodeterminarsi in modo pienamente libero e consapevole<sup>36</sup>.

Tali assunti, per quanto siano stati formulati dal Giudice delle leggi in sede di giudizio di legittimità costituzionale sull’art. 580 cod. pen., valgono, di ragione, per tutte le situazioni nelle quali l’“interferenza” del soggetto terzo nell’esecuzione del proposito dell’individuo di “congedarsi dalla vita”, risulti pari, se non addirittura superiore, rispetto all’agevolazione al suicidio, come senz’altro accade proprio nell’uccisione diretta del consenziente, *ex art.* 579 cod. pen.<sup>37</sup>, di cui il referendum tratta.

L’abolizione per “via referendaria” del delitto di omicidio del consenziente rischia, quindi, di *rimuovere del tutto* una tutela legale oggi posta a presidio di interessi costituzionalmente rilevanti, quali la difesa del bene della vita nelle circostanze in cui l’intenzione autolesiva richiede l’intervento causativo del terzo.

Tale tutela verrebbe, peraltro, meno *sempre*<sup>38</sup>, e quindi anche laddove si tratti, in ispecie, di quelle persone vulnerabili<sup>39</sup> che pure, secondo la Corte, meriterebbero semmai un’attenzione ancor più particolare da parte dello Stato proprio in ragione della loro condizione di spiccata debolezza.

Né, al venir meno di tale tutela, costituzionalmente richiesta, il referendum è in grado di sopperire con una pur minima disciplina alternativa di salvaguardia dei valori costituzionali in gioco che consenta (ad esempio) di accertare *ex ante* — e *non ex post*, in sede di eventuale incriminazione per omicidio di persona

---

<sup>35</sup> Espressione tratta da Corte cost., sent. n. 242 del 2019 e già impiegata da Corte cost., ord. n. 207 del 2018.

<sup>36</sup> Corte cost., sent. n. 242 del 2019, §2.4. *c.d.* e ancor prima Corte cost., ord. n. 207 del 2018, §10 *c.d.*

<sup>37</sup> Che le fattispecie penali *ex art.* 579 cod. pen. e art. 580 cod. pen. siano accomunate dalla medesima matrice di rappresentare dei limiti, derivanti dal principio personalistico, all’autodeterminazione individuale quando viene in luce il rapporto con terzi (e quindi l’atto autolesivo fuoriesce dalla stretta dimensione personale per acquisire rilevanza “sociale”) è affermato da F. MANTOVANI, *Persona (delitti contro la)*, in *Enciclopedia del diritto*, v. Ann. II-2, Milano, Giuffrè, 2008, pp. 859 ss.

<sup>38</sup> A ben vedere, la rimozione integrale del precetto penale di cui all’art. 579 cod. pen. vigente (salvo il circoscritto caso del soggetto consenziente non in grado di prestare valido consenso) alla quale referendum conduce, risponde a principi costituzionali del tutto *opposti* a quelli affermati dalla Corte costituzionale nella sua giurisprudenza ultima sul “fine-vita”. È infatti *solo se* si postula l’esistenza in Costituzione (negata, invece, della Consulta) di un *generico diritto di autodeterminazione in relazione al bene della vita*, ovvero di un *diritto di morire a qualsiasi condizione* con l’aiuto effettivo del terzo, che si può giustificare un assetto legislativo nel quale il precetto penale di omicidio del consenziente conserva valore *solo* con riferimento ai casi in cui l’uccisione avvenga ai danni di persone *non* in grado di autodeterminarsi (per minore età o incapacità naturale, o vizio della volontà).

<sup>39</sup> Cfr. B. PASTORE, *Semantica della vulnerabilità, soggetto, cultura giuridica*, Torino, Giappichelli, 2021; M.G. BERNARDINI, B. CASALINI, O. GIOLO, L. RE, *Vulnerabilità: etica, politica, diritto*, Roma, If Press, 2018; V. PUGLIESE, *Corte costituzionale, sent. 242/2019: l’incostituzionalità “in parte qua” dell’art. 580 c.p. e l’attenzione alla fragilità dei pazienti più deboli e vulnerabili. Pandemia e rotture anche nella democrazia liberale*, in *La Giustizia Penale*, 2020, f. 11, pp. 302 ss.; V. LORUBBIO, *La tutela dei soggetti vulnerabili*, in *DPCE online*, 2020, pp. 661 ss.

*non* validamente consenziente — le condizioni di effettiva capacità e libertà del richiedente l'aiuto a morire.

Nella riformulazione referendaria, infatti, il precetto penale si limiterebbe solo a stabilire che si applica la sanzione prevista per l'omicidio nei confronti di coloro che hanno ucciso una persona consenziente che non poteva, legalmente o naturalmente, prestare consenso (laddove l'accertamento dell'incapacità legale o naturale è, giocoforza, rimesso alla sede del procedimento penale, quando comunque la vita dell'individuo è già stata soppressa).

Ora, la giurisprudenza della Consulta in materia di limiti impliciti all'ammissibilità dei referendum abrogativi *esclude* dalla possibilità di sottoporre a consultazione popolare tutti quei quesiti che abbiano per oggetto *leggi costituzionalmente necessarie*, vale a dire norme primarie «il cui venir meno priverebbe totalmente di efficacia un principio [...] la cui esistenza è invece voluta e garantita dalla Costituzione»<sup>40</sup> o «determinerebbe la soppressione di una tutela minima per situazioni che tale tutela esigono secondo la Costituzione»<sup>41</sup>.

Ebbene, tale sarebbe, almeno a quanto qui consta, la situazione che si determinerebbe una volta che il referendum avesse esito positivo.

L'abrogazione parziale richiesta dell'art. 579 cod. pen., infatti, scardinerebbe l'assetto vigente della normativa penale in grado di apprestare una robusta salvaguardia a principi e situazioni che la esigono a termini di Costituzione *senza* che, a colmare tale “vuoto” di disciplina il referendum stesso ponga automaticamente alcun sicuro ed automatico rimedio, neppure minimo (salvo la sola protezione dei soggetti incapaci che però, per le ragioni sopraindicate, non appare sufficiente almeno secondo il dettato della Corte costituzionale in materia di tutela del diritto alla vita rispetto a condotte autolesive che richiedono la collaborazione degli altri).

Né si può, ovviamente, fare affidamento su un eventuale intervento successivo del legislatore parlamentare che “rimetta in asse” il sistema così intaccato.

Come puntualizzato dalla Corte, infatti, a nulla rilevano, ai fini della valutazione dell'ammissibilità costituzionale del quesito, gli eventuali propositi, auspici o intenti dei promotori «circa la futura disciplina legislativa che potrebbe o dovrebbe eventualmente sostituire quella abrogata» giacché, quel che solamente «conta, è la domanda abrogativa, che va valutata nella sua portata oggettiva e nei suoi effetti diretti»<sup>42</sup>.

---

<sup>40</sup> Corte cost., sent. n. 45 del 2000, §5 *c.d.*; Corte cost., sent. n. 27 del 1987, §2 *c.d.*; Corte cost., sent. n. 25 del 1981.

<sup>41</sup> Corte cost., sent. n. 45 del 2000, §5 *c.d.*; Corte cost., sent. n. 35 del 1997, §2 *c.d.*; Corte cost., sent. n. 26 del 1981, §3 *c.d.*

<sup>42</sup> Corte cost., sent. n. 45 del 2005; Corte cost., sent. n. 26 del 1981 e Corte cost., sent. n. 16 del 1978.

#### 4. *Segue*: la coerenza e completezza della normativa “di risulta”

V'è un ulteriore aspetto dell'iniziativa referendaria in parola che merita qui di essere messo in risalto.

Il referendum in questione incide solo sull'art. 579 cod. pen. in materia di omicidio del consenziente lasciando del tutto immutato il successivo art. 580 cod. pen. in punto aiuto (materiale) al suicidio.

Ne consegue, a ben vedere, che ove la consultazione popolare avesse esito positivo, risulterebbero presenti nel sistema penale dei frammenti di norme — l'art. 579 cod. pen. come “riscritto” dal referendum, da una parte, e l'art. 580 cod. pen. rimasto, invece, “invariato”, dall'altra — *non* (più) coordinate fra loro.

Da un lato, infatti, il referendum aprirebbe una vastissima area di “*legalizzazione*” dell'*omicidio del consenziente*, ben più estesa dei soli contesti eutanasi, con l'unico limite della maggiore età e della capacità di prestare consenso in capo a colui che chiede di essere ucciso; dall'altro lato, permarrebbe, invece, un'ampia sfera di “*illeceità*” dell'*aiuto materiale al suicidio* alla quale sarebbero solamente sottratte quelle poche, e limitate, fattispecie di “non punibilità” fissate dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242 del 2019 che riguardano malati inguaribili, pienamente capaci di intendere e di volere ma dipendenti da presidi medici vitali che rifiutano e afflitti da sofferenze insostenibili.

Il panorama che si presenterebbe in caso di successo del referendum sarebbe, quindi, quello in cui resterebbe largamente sanzionato l'aiuto materiale al suicidio, di per sé “meno riprovevole” perché lascia pur sempre “arbitro” ultimo della propria scelta autolesiva, ancorché agevolata dal terzo, il suicida, mentre diventerebbe pressoché lecito l'omicidio del consenziente, di per sé “più biasimevole” perché richiede al terzo il compimento “sino in fondo” dell'azione mortale sia pure su richiesta del suicida.

Siffatta, obiettiva, incoerenza dell'assetto del sistema sanzionatorio penale, così come esso risulterebbe una volta raggiuntosi l'esito positivo del referendum, si riverbera sulla stessa ammissibilità costituzionale del quesito referendario.

Nella sua giurisprudenza in materia referendaria la Corte costituzionale ha, infatti, stabilito che fra i limiti impliciti al referendum abrogativo rientrano anche quelli che si riferiscono ad una «*contraddizione fra la richiesta di abrogazione di una disciplina e la mancata abrogazione di altre disposizioni dettate nel medesimo contesto normativo e indissolubilmente legate a quella*»<sup>43</sup>.

Ma tale sarebbe, a quanto pare, la situazione di contraddizione che si verificherebbe una volta che il referendum in parola si svolgesse con esito conclusivo favorevole nelle urne.

Né si può ipotizzare, come invece sembra sostenere il *Comitato promotore*<sup>44</sup>, che l'abrogazione referendaria dell'art. 579 cod. pen. farebbe “automaticamente” scattare anche l'abrogazione dell'art. 580 cod. pen., già

---

<sup>43</sup> Corte cost., sent. n. 27 del 1981, §1 *c.d.*; Corte cost., sent. n. 6 del 1995, §3 *c.d.* (enfasi corsiva aggiunta).

<sup>44</sup> “*Referendum Eutanasia Legale – Liberi fino alla fine*”, sito web (indirizzo: <https://referendum.eutanasiale.it>).

oggetto di parziale declaratoria d'incostituzionalità secondo la sentenza n. 242 del 2019 della Corte, rimuovendo, così, ogni eventuale contraddizione o incoerenza nella normativa “di risulta” dal referendum.

Se, infatti, sussiste un “nesso” fra le fattispecie di omicidio del consenziente e di agevolazione al suicidio, giacché, come si è segnalato, è ragionevole punire la seconda solo laddove si sanziona la prima (e viceversa), va pur sempre rimarcato che si tratta di due delitti fra loro differenti, e caratterizzati da condotte criminali fra loro non sovrapponibili.

Pare, quindi, arduo ipotizzare che il venir meno della disciplina di cui all'art. 579 cod. pen., ad opera del referendum, trascini automaticamente con sé anche l'abrogazione dell'art. 580 cod. pen. in base alla regola generale di cui all'art. 15 delle “preleggi”.

Secondo la giurisprudenza di legittimità, infatti, l'abrogazione inespressa *non* si verifica «nell'ipotesi in cui la nuova legge abbia determinato esclusivamente il venir meno della ratio della legge precedente, senza tuttavia dettare una nuova disciplina della materia da quest'ultima regolata»<sup>45</sup>.

Tale sarebbe, però, proprio l'ipotesi a cui referendum darebbe luogo nella misura in cui sarebbe sì modificato l'art. 579 cod. pen., ma non prevista una nuova disciplina per l'intera materia del “fine-vita” posto che l'art. 580 cod. pen. resterebbe non toccato dal quesito referendario.

Ne consegue, quindi, anche sotto quest'ulteriore aspetto, un non evanescente dubbio in punto ammissibilità costituzionale del quesito in parola.

## **5. L'introduzione in Italia dell'“aiuto medico alla morte volontaria”: la via legislativa e suoi possibili limiti**

Orbene, parallelamente all'iniziativa referendaria in corso, si sta sviluppando, in Parlamento, attualmente presso la Camera dei deputati, l'esame di un progetto di legge, ancora in prima lettura, volto a dettare disposizioni in materia di “*morte volontaria medicalmente assistita*”<sup>46</sup>.

Si tratta di un disegno d'intervento legislativo che ricalca, con alcune utili puntualizzazioni, soprattutto di ordine procedurale, l'assetto attuale della disciplina in materia già risultante dall'intervento parzialmente demolitorio della fattispecie di cui all'art. 580 cod. pen. recentemente compiuto dalla Consulta con la sentenza n. 242 del 2019.

Più in particolare, l'iniziativa parlamentare mira a definire le modalità e a regolare le procedure in forza delle quali un paziente, maggiorenne e pienamente capace di intendere e di volere, previamente coinvolto

---

<sup>45</sup> Cfr. Cass., sez. lav., sent. n. 14129 del 2002.

<sup>46</sup> Testo unificato dalle Commissioni II (Giustizia) e XII (Affari sociali) del A.C. n. 2 (iniziativa popolare), A.C. n. 1418 (Zan), A.C. n. 1586 (Cecconi), A.C. n. 1655 (Rostan), A.C. n. 1875 (Sarli), A.C. n. 1888 (A. Pagano), A.C. n. 2982 (Sportiello), A.C. n. 3101 (Trizzino), presentato per la discussione sulle linee generali all'Assemblea nella seduta n. 613 del 13 dicembre 2021.

in un percorso di cure palliative che ha rifiutato esplicitamente, può domandare l'assistenza medica al fine di porre autonomamente termine alla propria vita in modo volontario, dignitoso e consapevole, col supporto e la supervisione del Servizio Sanitario Nazionale<sup>47</sup>, in tutti i quei casi in cui lo stesso malato risulti affetto da patologia irreversibile e con prognosi infausta, o da una condizione clinica irreversibile<sup>48</sup>, e dipenda da presidi di sostegno vitale, la cui interruzione ne provocherebbe il decesso, in condizioni di sofferenze psico-fisiche reputate intollerabili (articoli da 1 a 3 d.d.l.)<sup>49</sup>.

Il disegno di legge specifica che la domanda di aiuto medico al morire, formatasi in modo volontario, libero, consapevole e informato, deve essere attuale e manifestata per iscritto, nelle forme dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata<sup>50</sup>, indirizzato al medico di medicina generale o al medico curante<sup>51</sup>, nel rispetto della relazione di cura e fiducia fra paziente e medico<sup>52</sup>. La richiesta è sempre revocabile, in qualsiasi momento, senza requisiti di forma e con ogni mezzo idoneo a palesare la volontà del revocante<sup>53</sup> (art. 4 d.d.l.).

<sup>47</sup> Il quale opera, secondo il disegno di legge, nel rispetto dei principi fondamentali di tutela dell'autonomia e della dignità del malato e della qualità della vita fino al suo termine, nonché dell'adeguato sostegno, sia psicologico che socio assistenziale, a beneficio del medesimo infermo e della di lui famiglia (art. 2, comma 3, d.d.l. A.C. ).

<sup>48</sup> Attestate sia dal medico curante che dal medico specialista che ha in carico la persona: art. 3, comma 2, lett. a).

<sup>49</sup> Cfr. G.M. FLICK, *Riflessioni svolte dinanzi al Comitato ristretto delle Commissioni II (Giustizia) e XII (Affari sociali) della Camera dei Deputati in data 25 giugno 2019, in tema di fine vita*, in *Cassazione penale*, 2019, pp. 3820 ss. e 4207 ss.

<sup>50</sup> Nel caso in cui le condizioni della persona non consentano, a quest'ultima, il ricorso alla forma scritta, la richiesta può essere espressa (e documentata), alla presenza di due testimoni, attraverso la videoregistrazione o qualsiasi altro dispositivo idoneo a comunicare e a manifestare inequivocabilmente la sua volontà (art. 4, comma 2 d.d.l.). Trattasi di previsione che riecheggia quanto già stabilito, per quel che concerne il consenso o il rifiuto dei trattamenti sanitari (anche salvavita o di sostegno vitale), dall'art. 1, comma 4 della l. n. 219/2017, con l'aggiunta della necessaria presenza di due testimoni e dell'idoneità del dispositivo tecnologico utilizzato non solamente a permettere al paziente di "comunicare" (come prescrive l'art. 1, comma 4, l. n. 219/2017) ma altresì di "manifestare inequivocabilmente" la volontà. Da questo punto di vista, vale la pena osservare che la giurisprudenza, in epoca anteriore all'entrata in vigore della l. n. 219/2017, aveva già ritenuto necessario, al fine di considerare validamente formata la volontà di un paziente che si servisse di strumenti di comunicazione avanzata e assistita, che l'apparato tecnico di comunicazione fosse stato testato su un soggetto di controllo sano al fine di verificarne il perfetto funzionamento; permettesse all'utente di confermare quanto riportato dal dispositivo in modo da escludere la presenza di errori; fosse adoperato in presenza di testimoni onde assicurare la genuinità e libertà della comunicazione: Trib. Sassari-Alghero, sez. g.t., sent. n. 99/2007, su cui, se si vuole, F.G. PIZZETTI, *Libertà di autodeterminazione e protezione del malato nel "Brain-Computer interfacing": un nuovo ruolo per l'amministratore di sostegno?*, in «Rivista critica del diritto privato», 2011, 1, pp. 31 ss. e, più recentemente, con pregevole analisi, anche rispetto alla giurisprudenza successiva (Trib. Varese, sez. g.t., decr. 12/3/2012 Trib. Milano, sez. g.t., decr. n.11965/2015; Trib. Venezia, sez. II, decr. n. 3150/2017), L. TAFARO, *Oltre gli atti "muti": gli atti "neuronal". I "Brain's Acts" a contenuto non patrimoniale, l'uomo postumano e la sua "custodia"*, in *Biolaw Journal-Rivista di BioDiritto*, 2021, pp. 471 ss.

<sup>51</sup> Il quale (sulla falsariga di quanto peraltro previsto dall'art. 1, comma 5 l. n. 219/2017 in relazione al rifiuto di trattamenti indispensabili alla sopravvivenza) è tenuto a prospettare al paziente (e col di lui consenso anche ai familiari) le conseguenze di quanto richiesto e le possibili alternative, promuovendo ogni azione di sostegno al malato, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica.

<sup>52</sup> L'accento posto dal legislatore sulla riconduzione della scelta di ricorso alla morte medicalmente assistita nel quadro dell'alleanza terapeutica riflette la notazione della giurisprudenza costituzionale, la quale aveva sottolineato «l'inerenza anche della materia considerata alla relazione tra medico e paziente»: Corte cost., sent. n. 242/2019, §5 c.d.

<sup>53</sup> Trattasi di disposizione rispondente al dovere dello Stato di tutelare la vita, di cui all'art. 2 Cost., così come statuito da Corte cost. sent. n. 242/2019 (e prima ancora da ord. n. 207/2018), impedendo che l'impossibilità di ricorrere ad una determinata forma impediscano, al revocante, di esprimere validamente la propria volontà di interrompere la procedura che porta al soddisfacimento della richiesta di morte assistita (fermo restando, va da sé, che anche laddove la procedura

Il medico che riceve tale richiesta, deve, a sua volta, provvedere a formulare un rapporto dettagliato sulle condizioni cliniche, psicologiche sociali e familiari del richiedente, nonché sulle motivazioni<sup>54</sup> che hanno determinato l'assistito a domandare l'aiuto alla morte volontaria (art. 5, comma 2 d.d.l.).

Il rapporto stilato dal medico coinvolto<sup>55</sup> deve comunque precisare se la persona è stata adeguatamente informata sia sulla propria condizione clinica e la relativa prognosi, sia sui trattamenti sanitari ancora attuabili e su tutte le possibili alternative terapeutiche, ivi compreso l'accesso alle cure palliative. Al medico è fatto obbligo di riportare qualsiasi informazione da cui possa emergere che la richiesta non è frutto di volontà libera, consapevole e informata (art. 5, comma 3 d.d.l.).

La documentazione viene, quindi, inoltrata, a cura dello stesso medico interessato, al Comitato di valutazione clinica territorialmente competente (oggetto di istituzione nello stesso disegno di legge)<sup>56</sup>, al quale spetta, entro trenta giorni<sup>57</sup>, la formulazione di un parere motivato<sup>58</sup> (art. 5, comma 5 d.d.l.).

---

si concluda, poiché del tutto volontario è l'atto di darsi la morte, al paziente spetta comunque sempre l'ultima scelta se servirsi, o meno, dell'assistenza medica richiesta per morire. L'utilizzo, da parte del proponente legislatore, dell'espressione specifica «ogni mezzo idoneo a palesarne la volontà» (art. 4, comma 1 d.d.l.), sembra far ritenere valida anche la revoca espressa non solo attraverso «dispositivi idonei» — e quindi mediante strumenti di tipo tecnologico (come quelli impiegati nella comunicazione assistita, alla presenza di testimoni) — ma anche con semplici gesti, ritenendosi quest'ultimi un “mezzo” di estrinsecazione della volontà, purché tali da rendere quest'ultima “palese”.

<sup>54</sup> Elemento, quest'ultimo, che suona un poco stonato essendo, a tutta evidenza, i “motivi” che hanno indotto un malato a percorrere la via dell'aiuto medico al suicidio di tipo squisitamente personale: tali, quindi, da non poter altro che essere riportati dal sanitario del suo rapporto senza alcuna “valutazione”, da parte sua, di ordine “etico-morale”. Si deve, quindi, presumere che il proponente legislatore, nel momento in cui ha richiesto al medico di indicare, nel proprio rapporto, anche le “motivazioni” della richiesta avanzata dal paziente di essere aiutato a morire, non si sia voluto riferire ai convincimenti “interiori” del malato che hanno mosso la volontà del soggetto e che restano nel foro personale dell'individuo, quanto piuttosto agli elementi complessivi della situazione “esistenziale” in cui versa l'assistito, non a caso riferite dal legislatore agli elementi sia familiari che psico-sociali delle condizioni di vita che vanno accertati (art. 5, comma 2 d.d.l.), in modo che risulti verificata tanto la piena libertà e consapevolezza della decisione assunta, quanto la sussistenza di quelle «sofferenze fisiche o psicologiche ritenute intollerabili» che debbono esser presenti affinché si possa dar luogo alla richiesta di morte volontaria medicalmente assistita in base alla proposta di legge.

<sup>55</sup> Il quale può, se ritiene, avvalersi anche della collaborazione di specialisti (art. 5, comma 4 d.d.l.).

<sup>56</sup> In dettaglio, il disegno di legge ampiamente rinvia a un regolamento del Ministro della Salute, da approvarsi entro centottanta giorni, l'istituzione e la disciplina del Comitato, quale organismo multidisciplinare, autonomo e indipendente, composto da medici specialisti, ivi compresi palliativisti, e da esperti con apposite qualifiche professionali in campo clinico, psicologico, sociale e bioetico (art. 7 d.d.l.).

<sup>57</sup> Il disegno di legge non indica, invece, il termine entro il quale il medico, ricevuta la richiesta di morte medicalmente assistita dalla persona malata, deve completare l'istruttoria al fine di decidere se trasmettere la stessa richiesta, oppure no, al Comitato. Tale lacuna, se si giustifica nel lasciare un certo margine di flessibilità al personale sanitario in relazione alla maggiore o minore complessità di accertamento del caso specifico (tenendo conto che il medico curante deve procedere, secondo il disegno di legge, anche a raccogliere gli elementi relativi alle condizioni familiari e sociali dell'assistito con un'attività che potrebbe, dunque, richiedere sia tempo, sia l'interpello eventuale di figure professionali *ad hoc*), solleva, tuttavia, talune perplessità giacché non assicura al richiedente, che versa pur sempre in condizioni di sofferenza psico-fisica intollerabile, di contare su un tempo certo entro il quale avere l'esito (favorevole o negativo) della sua istanza. Ben è vero, tuttavia, che, ponendosi la stessa istanza di morte medicalmente assistita nel quadro della “relazione di cura e fiducia” fra medico e paziente (come precisa l'art. 4, comma 3 d.d.l.), si deve escludere che il medico, nel rispetto stesso di tale “alleanza” attui manovre meramente dilatorie — che sarebbero fonte di ulteriori sofferenze psico-fisiche per l'assistito — al fine di ostacolare l'avanzamento della procedura.

<sup>58</sup> Al fine di rilasciare il richiesto parere, il Comitato valuta l'esistenza dei presupposti e dei requisiti stabiliti dalla legge e può convocare il medico di riferimento o l'*équipe* sanitaria, ovvero recarsi, anche mediante un delegato, al domicilio del

In caso di parere favorevole del Comitato, la direzione dell'Azienda Sanitaria Locale o dell'Azienda Ospedaliera di riferimento del malato, tempestivamente informata dal medico curante, è tenuta ad accertarsi che il decesso avvenga presso il domicilio dell'assistito, oppure in una struttura ospedaliera o di RSA pubblica, nel pieno rispetto della dignità della persona, alla presenza dei soggetti (familiari o amici) indicati dallo stesso paziente e in modo da non provocare abusi o ulteriori sofferenze (art. 5, commi 1 e 7 d.d.l.).

Ove il Comitato esprima parere negativo (e, prima ancora, nel caso in cui il medico non abbia trasmesso allo stesso Comitato la richiesta espressa dall'assistito avendola ritenuta manifestamente priva dei presupposti e delle condizioni di legge<sup>59</sup>), il richiedente può fare ricorso al giudice territorialmente competente entro sessanta giorni<sup>60</sup>.

Il medico che redige l'atto di decesso deve anche accertare, eventualmente ricorrendo alla collaborazione di uno psicologo, che la volontà dell'assistito di darsi la morte permanga integra sino alla consumazione del suicidio (art. 5, comma 10).

L'intera documentazione, comprensiva della richiesta iniziale formulata dal malato, del successivo rapporto del medico, e del parere reso infine dal Comitato etico competente, deve essere versata nella cartella clinica oppure nel fascicolo sanitario elettronico del malato per essere ivi conservata (art. 5, comma 9).

---

paziente al fine di accertare che la richiesta avanzata sia stata effettivamente informata, consapevole e libera (art. 5, comma 5 d.d.l.).

<sup>59</sup> Sembra, dunque, di potersi evincere, che il medico opera una prima valutazione "filtro" in merito alla eventuale "palese mancanza" dei presupposti e delle condizioni necessari per poter accedere alla procedura di morte medicalmente assistita, mentre al Comitato per la valutazione clinica compete, in seconda battuta, l'espressione del parere sulla "esistenza" degli stessi presupposti e condizioni; si osservi, inoltre, che è ulteriormente previsto un ultimo accertamento sulla "permanenza" delle stesse condizioni da parte del medico che assiste all'atto del decesso (art. 5, commi 4, 5 e 10 d.d.l.). Si tratta, invero, di tre fasi di controllo, svolte da attori diversi (il medico curante, un organo terzo quale è il Comitato, il medico della ASL o dell'AO presente all'atto del decesso), con livelli di esame differenti (più analitico, in quanto rivolto all'accertamento della sussistenza e non solo della palese mancanza dei requisiti e delle condizioni, quello compiuto dal Comitato rispetto al medico curante, mentre il controllo svolto dal medico presente al decesso è "guidato" dalle valutazioni compiute tanto dal Comitato quanto dal medico curante dovendo egli "limitarsi", per così dire, solo confermare la permanenza sino al momento della morte delle condizioni già accertate dai primi due, le quali, peraltro, in certa misura non sono soggette a variazione essendo basate, *inter alia*, sulla "irreversibilità" della patologia o della condizione clinica, e sulla applicazione di trattamenti di sostegno vitale indispensabili alla sopravvivenza). Il proponente legislatore mostra quindi di muoversi lungo la linea della necessaria piena salvaguardia di quelle «situazioni di particolare vulnerabilità», legate alla «delicatezza del valore in gioco», già tracciata Corte cost., sent. n. 242/2019, §5 *c.d.*

<sup>60</sup> Termine decadenziale, per vero, previsto, nel disegno di legge, *solo* in relazione al ricorso giudiziale avverso il parere *negativo* reso dal Comitato per la valutazione clinica e *non* anche contro la mancata trasmissione, da parte del medico curante, al Comitato stesso, della richiesta di morte assistita avanzata del paziente. Ove, invero, il proponente legislatore non intenda introdurre un termine anche per la proposizione del ricorso al giudice territorialmente competente avverso il diniego iniziale del medico di dar corso alla richiesta dell'assistito, si dovrà intendere, per analogia, applicabile il termine sempre di giorni sessanta, decorrenti, in questo caso, dalla data di risposta negativa del sanitario.

Qualora avvenga sulla base dei presupposti, e seguendo puntualmente le modalità, stabiliti dal progetto di legge, la morte volontaria medicalmente assistita viene equiparata alla morte per cause naturali a tutti gli effetti di legge (art. 5, comma 11)<sup>61</sup>.

Il disegno di legge prevede, altresì, che con dichiarazione resa personalmente al direttore dell'ASL (o della AO), medici e personale esercente le attività sanitarie ausiliarie possano non essere tenuti a prendere parte alle procedure di assistenza alla morte volontaria (ma non anche alle fasi antecedenti di cura e supporto medico-psicologico al malato) fermo restando l'obbligo per gli enti ospedalieri pubblici autorizzati ad assicurare, sotto la vigilanza della Regione, il personale e le strutture richieste per l'espletamento delle procedure medesime (art. 6 d.d.l.)<sup>62</sup>.

## **6. *Segue: il caso di pazienti inguaribili e dipendenti da presidi di sostegno vitale, ma fisicamente o cognitivamente impediti a darsi la morte volontaria medicalmente assistita dopo averla consapevolmente e liberamente richiesta***

Come si nota, la disciplina legislativa *in fieri*, qui sinteticamente illustrata, *non* interviene ad estendere il ricorso alla morte farmacologica, di cui si occupa, *anche* a beneficio dei pazienti pienamente capaci d'intendere e di volere ma *fisicamente impediti ad auto-assumere il farmaco*, né, tantomeno, apre la stessa

---

<sup>61</sup> Il disegno di legge rimette, infine, ad un decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro sei mesi, previa intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, il completamento della disciplina nei termini della: *a)* individuazione dei requisiti che le strutture del Servizio Sanitario Nazionale devono possedere al fine di essere dichiarate idonee all'accoglienza delle persone che hanno richiesto la morte volontaria medicalmente assistita; *b)* definizione dei protocolli e delle modalità per la prescrizione e la preparazione del farmaco e per il coordinamento e la sorveglianza della procedura; *c)* definizione delle procedure necessarie ad assicurare alla persona malata e ai familiari il sostegno psicologico; *d)* determinazione delle modalità di custodia ed archiviazione delle richieste di morte volontaria medicalmente assistita e di tutta relativa la documentazione, in modalità digitale; *e)* definizione delle modalità di informazione capillare sulle possibilità offerte dalla legge n. 219/2017; *e)* definizione delle modalità di monitoraggio e implementazione della rete di cure palliative per garantirne la copertura efficace e omogenea sul territorio nazionale. Inoltre, si prevede che il Ministro della Salute presenti alle Camere, a cadenza annuale, una relazione sullo stato di attuazione delle disposizioni della legge (art. 8).

<sup>62</sup> Per un verso, dunque, il proponente legislatore si muove nello scenario, fissato da Corte cost., sent. n. 242/2019, §6 *c.d.*, e in precedenza già richiamato, in base al quale il riconoscimento della facoltà per il soggetto di richiedere l'aiuto medico al morire, alle condizioni e coi presupposti individuati dalla stessa giurisprudenza costituzionale come compatibili col quadro costituzionale, non dà luogo ad una prestazione esigibile dal medico ma solamente ad una causa di non punibilità *ex art. 580 c.p.* per i clinici che, in base alla loro coscienza, decidano di prestarsi ad esaudire la richiesta di suicidio assistito. Per altro verso, però, lo stesso proponente legislatore pone comunque un obbligo, in capo alla struttura sanitaria pubblica accreditata, di creare le condizioni affinché la procedura di morte medicalmente assistita, ove ne ricorrano i presupposti e le condizioni di legge, possa svolgersi integralmente. Il richiamo espresso al compito della Regione non soltanto di controllare, ma altresì di *"garantire"* l'attuazione della legge sembra lasciare un qualche spazio (di invero incerto perimetro in quanto il proponente legislatore si affida a formule assai generiche) per l'esercizio di poteri (tanto a livello normativo-regolamentare, quanto esecutivo-amministrativo) per organizzare sul territorio la presenza di personale sufficiente ad assicurare che la richiesta di morte assistita sia soddisfatta. Resta, peraltro, non chiaro, nell'ipotesi limite in cui l'obiezione assuma un'estensione tanto ampia da non rendere effettivamente possibile, per la Regione, *"garantire"* l'espletamento delle procedure di morte assistita, se sia possibile, o meno, ricorrere a forme di cooperazione con altre Regioni per il trasferimento dei malati o per la mobilità dei medici e del personale ausiliario (mentre pare esclusa, quanto meno stando alla lettera della proposta di legge, la possibilità, per la stessa Regione, di non consentire l'obiezione di coscienza individuale al fine di disporre di personale sufficiente).

possibilità ai malati *irreversibilmente privi di coscienza* che abbiano formulato, quand'ancora erano lucidi, istanza di ottenere la morte farmacologica, distinguendosi, sotto questo punto di vista dal quesito referendario (che, invece, permetterebbe tali fattispecie, come si è visto) <sup>63</sup>.

Infatti, non solo la proposta *de iure condendo* puntualizza che l'atto per mezzo del quale il soggetto pone fine alla propria vita deve essere integralmente “*autonomo*”, e quindi compiuto *solo in prima persona*, ma lo stesso disegno di legge (art. 8) contiene anche una clausola di salvaguardia dalla punibilità (a beneficio di coloro che intervengono nella procedura), la quale si applica solo ai reati previsti e puniti dagli articoli 580 (aiuto materiale al suicidio) e 593 (omissione di soccorso) del codice penale <sup>64</sup>.

Risulta, quindi, senz'altro escluso dallo spettro di applicazione della normativa *in fieri* la fattispecie di intervento diretto alla morte del consenziente di cui all'art. 579 cod. pen.

Tant'è che pare assai probabile che l'eventuale approvazione del disegno di legge attualmente in discussione *non* sia d'ostacolo allo svolgimento della consultazione referendaria, ove quest'ultima venisse dichiarata, nel frattempo, ammissibile dalla Corte costituzionale.

Non solo, infatti, il disegno di legge in questione *non* abroga l'art. 579 c.p., nella specifica parte sulla quale verte la richiesta referendaria, di talché non ricorrono gli estremi per l'applicazione dell'art. 39 della legge n. 352 del 1970, ma neppure si può ritenere che il proponente legislatore abbia l'intenzione di introdurre una *nuova* legislazione in materia di fine-vita fondata su principi ispiratori differenti rispetto alla previa disciplina come risultava al momento della sottoscrizione, da parte dei cittadini elettori, del quesito referendario <sup>65</sup>.

Il disegno di legge, infatti, è essenzialmente volto a fornire una cornice normativa di dettaglio al quadro dei principi in materia di assistenza medica al morire già puntualizzati dal Giudice della sentenza n. 242 del 2019, anteriore al deposito del quesito referendario da parte dei proponenti.

Eppure, non si può nascondere che come sia proprio l'attuale interdetto di omicidio del consenziente, che il disegno di legge parlamentare lascia inalterato e che il referendum, invece, travolge del tutto <sup>66</sup>, ad

---

<sup>63</sup> V. *supra*, §1. Cfr. “*Referendum Eutanasia Legale – Liberi fino alla fine*”, sito web (indirizzo: <https://referendum.eutanasiale.it>).

<sup>64</sup> Il disegno di legge contiene un'ulteriore causa di “esclusione dalla punibilità” a beneficio di coloro che, prima dell'entrata in vigore della legge, sono stati condannati, anche in via definitiva, per aver agevolato, in qualsiasi modo, la morte volontaria di una persona qualora la richiesta sia stata formulata da soggetto maggiorenne e capace di intendere e di volere, e sia stato accertato che la volontà in questione si sia formata liberamente e consapevolmente; è, inoltre, necessario che il richiedente fosse affetto da patologia irreversibile o a prognosi infausta, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche ritenute intollerabili, e tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale (art. 8, comma 2).

<sup>65</sup> Corte cost., sent. n. 68 del 1978.

<sup>66</sup> V. *supra*, §3. Cfr. “*Referendum Eutanasia Legale – Liberi fino alla fine*”, sito web (indirizzo: <https://referendum.eutanasiale.it>).

“entrare in frizione” coi principi affermati nella più recente giurisprudenza della Corte costituzionale in materia di “fine-vita”<sup>67</sup>.

Ha sostenuto, infatti, la Consulta che se «il fondamentale rilievo del valore della vita non esclude l’obbligo di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza tramite l’interruzione dei trattamenti sanitari – anche quando ciò richieda una condotta attiva, almeno sul piano naturalistico, da parte di terzi (quale il distacco o lo spegnimento di un macchinario, accompagnato dalla somministrazione di una sedazione profonda continua e di una terapia del dolore) – non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all’accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento conseguente all’anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale»<sup>68</sup>.

Ebbene, assoluto e penalmente presidiato risulta il divieto di cagionare la morte di un uomo col di lui *valido* consenso previsto dall’art. 579 cod. pen. vigente.

Sussiste, quindi, un interdetto insormontabile, nell’attuale legislazione, all’accoglimento della richiesta del malato — inguaribile e dipendente da presidi vitali indispensabili alla sopravvivenza, ma *non* più in grado di autosomministrarsi il farmaco letale per *inabilità fisica* — di poter ricevere un aiuto *diretto* al fine di sfuggire al decorso mortale, lento e da lui ritenuto oltremodo penoso, che consegue all’interruzione dei presidi medici indispensabili alla sua sopravvivenza.

È vero che si potrebbe obiettare, in senso contrario, che il malato a cui sostanza letale è inoculata “*manu aliena*” non può usufruire di quell’eventuale ultimo momento ripensamento *pro vita* di cui, invece, gode il paziente che si auto-somministra il farmaco eutanasi.

---

<sup>67</sup> Corte cost., sent. n. 242 del 2019 e prima ord. n. 207 del 2018.

<sup>68</sup> Corte cost., sent. n. 242 del 2019, §2.3. *c.d.* Merita osservare e rimarcare che, nelle limitate fattispecie individuate dalla Corte costituzionale di pazienti tenuti in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetti da patologia irreversibile fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, ma pienamente capaci di prendere decisioni libere e consapevoli, la richiesta di aiuto farmacologico al morire ha unicamente la funzione di abbreviare il tempo necessario all’organismo per spegnersi naturalmente ma in modo *assolutamente inevitabile* posto che le funzioni vitali indispensabili *non* vengono più artificialmente sostenute dai trattamenti salva-vita, che sono stati rifiutati. In questa prospettiva, quindi, l’aiuto farmacologico al morire *non* fuoriesce affatto dal *principio di volontarietà dei trattamenti sanitari*, costituzionalmente fondato ex artt. 2 e 32, comma 2, Cost., per ricadere in un supposto principio generale di autodeterminazione individuale riferito anche al bene della vita, di cui in Costituzione non c’è traccia (come la Consulta rammenta in Corte cost., sent. n. 242 del 2019, §2.2., *c.d.*). L’aiuto medico alla morte riconosciuto dalla Corte nelle “pieghe” dell’art. 580 cod. pen., infatti, è unicamente legato, come la stessa Corte cost., sent. n. 242 del 2019, §2.3 *c.d.* sottolinea, ad evitare che il malato sia costretto a *scartare* la scelta interrutiva dei trattamenti vitali (che è, per lui, pienamente lecita nel quadro degli artt. 2 e 32, comma 2, Cost. in punto *libertà di cura*) pel timore di subire, altrimenti, quel lungo e penoso tempo di “agonia” che consegue alla stessa scelta interrutiva ove la morte non sia accelerata, nel suo sopraggiungere, dal farmaco letale. Sia consentito, in proposito, rinviare a F.G. PIZZETTI, *L’ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale, pronunciata nel corso del “Caso Cappato”, e il diritto del paziente che rifiuta le cure salvavita a evitare un’agonia lenta e non dignitosa*, in *BioLaw Journal-Rivista di Biodiritto*, 2019, 2, pp. 151 ss.; si v. anche C. TRIPODINA, *Sostiene la Corte che morire all’istante con l’aiuto d’altri sia, per alcuni, un diritto costituzionale. Di alcune perplessità sull’ord. 207/2018*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2018, pp. 2476 ss.

Tuttavia, non vi è dubbio alcuno che se si ammettesse la possibilità per il malato *fisicamente impedito* di ricevere direttamente dal terzo la sostanza letale su sua richiesta (superando, quindi, l'attuale divieto penale), si dovrebbe senz'altro prevedere l'*inderogabile* regola in forza della quale la procedura deve essere immediatamente interrotta in ogni caso in cui il soggetto muti orientamento anche all'*ultimo istante utile*. È, infatti, lo stesso dovere<sup>69</sup> indefettibile dello Stato di tutelare la vita umana, legato all'art. 2 Cost.<sup>70</sup>, a *non poter tollerare* che abbia esecuzione una richiesta di aiuto al morire nei casi in cui il soggetto abbia consapevolmente mutato idea.

Non basta. Il divieto in parola funge da insormontabile barriera *anche* rispetto al riconoscimento della facoltà di accedere alla morte farmacologica mediante una *richiesta anticipata*, assunta liberamente e autonomamente in un momento in cui si è ancora pienamente in grado di prendere decisioni libere e consapevoli, e attuata poi, quando si sarà tenuti in vita da trattamenti di sostegno vitale in condizioni patologiche irreversibili e definitivamente privi delle capacità cognitive e volitive che permetterebbero di assumere da sé la sostanza letale.

L'interdetto in parola funge, quindi, da ostacolo invalicabile *anche* alla possibilità che un paziente, in condizioni di *incapacità cognitiva* (irreversibile), si sottragga a quel lungo percorso di morte naturale, conseguente alla rinuncia (anticipata) ai presidi vitali, che è da lui ritenuto ripugnante rispetto alla propria concezione della dignità e della serenità alla fine della vita.

È vero che si potrebbe replicare, in senso contrario, che *proprio perché* il malato in questione versa ormai in condizioni di irrecuperabile "*buio*" della coscienza, *non* vi è ragione alcuna per abbreviare il tempo della sua dipartita giacché egli non è in grado di provare sofferenze consapevoli di alcun genere meritevoli di essere evitate (accelerando farmacologicamente l'*exitus*).

Non si può, tuttavia, sottacere che la stessa Corte costituzionale ha ritenuto che il paziente *lucido* possa ben ottenere l'aiuto medico a morire *nonostante* goda della facoltà di raggiungere il decesso in modo del tutto inconsapevole grazie alla sedazione terminale contestuale alla sospensione dei presidi vitali<sup>71</sup>.

Non può, quindi, non lasciare assai perplessi che un'analoga possibilità di accesso all'aiuto medico al morire sia del tutto *negata* a pazienti che *già versano in stato di incoscienza irreversibile*, i quali, né più, né meno dei pazienti capaci che muoiono *profondamente sedati*, ben possono *non voler essere visti*, e ricordati, dalle persone a loro care, in un contesto di agonia lunga e penosa, ritenuta intollerabile.

---

<sup>69</sup> Sulla sistematica dei doveri costituzionali cfr. G. LOMBARDI, *Contributo allo studio dei doveri costituzionali*, Milano, Giuffrè, 1967.

<sup>70</sup> Corte cost., sent. n. 242 del 2019, §2.2. *c.d.*

<sup>71</sup> Corte cost., sent. n. 242 del 2019. Sulla sedazione terminale sia consentito rinviare a F.G. PIZZETTI, "*Ai confini delle cure*": la sedazione palliativa (o terminale) tra diritto di non soffrire e diritto di morire, in P. Macchia (a cura di), *Ai confini delle cure. Terapia, alimentazione, testamento biologico. Profili clinici, giuridici, etici*, Napoli, 2012, pp. 135 ss.

Il modo col quale si è visti (e si sarà ricordati in futuro) morire, è, infatti, parte interamente costitutiva dell'identità e della biografia della persona, indipendentemente dalla circostanza che l'individuo possieda (o abbia perduto) l'autoconsapevolezza mentre spira<sup>72</sup>.

Né vale l'argomento in forza del quale, se si rende lecita la morte farmacologica di un malato *incapace* (*beninteso* su sua *previa richiesta*, autonoma, libera e consapevole), si corre il rischio di far morire, per mano altrui, delle persone che, magari, nel frattempo, potrebbero aver mutato intenzione e voler, perciò, continuare a vivere.

Non v'è dubbio, infatti, che ogni esecuzione di volontà anticipata di aiuto medico al morire (ove fosse ammessa nell'ordinamento, superando l'attuale divieto) non potrebbe che essere prevista *solo ed esclusivamente* in presenza di una condizione, clinicamente accertata in base agli standard scientifici accreditati a livello internazionale, che *escluda la benché minima possibilità di recupero* della capacità di autodeterminarsi.

Il compito di tutelare la vita umana da parte dello Stato, fondato sull'art. 2 Cost.<sup>73</sup>, implica, infatti, di *non* potersi mai considerare legittima l'esecuzione di una richiesta di intervento diretto a cagionare la morte nei casi in cui fosse ancora realisticamente possibile per il soggetto mutare consapevolmente orientamento.

Non vi è, perciò, pericolo che paziente subisca la somministrazione di un farmaco letale che, in realtà, vorrebbe rifiutare, giacché è lo stesso stato di *irreversibile incoscienza* — condizione *indispensabile* nell'ipotesi qui considerata per eseguire la procedura eutanasi — a impedire che la persona abbia la facoltà anche solo minima di rimeditare una richiesta precedentemente effettuata (che può, perciò, considerarsi definitiva).

Senza contare, poi, che laddove il malato, già diagnosticato come irreversibilmente privo di capacità di autodeterminarsi, dovesse recuperare, in modo del tutto inaspettato e quasi miracoloso, un sufficiente barlume di capacità cognitiva, la procedura di somministrazione dell'aiuto medico al morire dovrebbe, senz'altro, immediatamente arrestarsi — sempre in forza del principio di tutela della vita umana da parte dello Stato — così da permettere alla persona stessa di confermare, o meno, l'originaria richiesta di ottenere la morte farmacologicamente assistita.

---

<sup>72</sup> Cfr. G. ZAGREBELSKY, *Qobelet. La domanda*, Bologna, il Mulino, 2021, pp. 130 ss.

<sup>73</sup> Corte cost., sent. n. 242 del 2019, §2.2. *c.d.*

## 7. Brevi notazioni conclusive

Molteplici, e tanto delicati quanto complessi, risultano, come dunque, gli “snodi” che la disciplina del “fine-vita” sarà chiamata ad affrontare nei prossimi mesi fra “via referendaria” e “via parlamentare” all’introduzione della “morte volontaria medicalmente assistita”.

Da un lato, infatti, l’attuale disciplina del “fine-vita” richiede comunque un “assestamento” legislativo in relazione alla recente declaratoria di illegittimità costituzionale parziale della fattispecie di *aiuto al suicidio* (art. 580 cod. pen.) come la stessa Corte costituzionale ha più volte fermamente auspicato<sup>74</sup>.

Dall’altro lato, una compiuta disciplina sulla “morte volontaria medicalmente assistita” non può non tener conto anche dei profili legati alla posizione dei soggetti non in grado di autosomministrarsi il farmaco letale per inabilità motoria o irreversibile incapacità cognitiva; profili, questi, che investono la connessa fattispecie di *omicidio del consenziente* (art. 579 cod. pen.).

Tuttavia, il disegno di legge attualmente in corso di esame parlamentare interviene a regolare la morte volontaria medicalmente assistita *unicamente* rispetto a quei pazienti che, affetti da patologia irreversibile (o a prognosi infausta) e colpiti da sofferenze psico-fisiche ritenute intollerabili, nonché dipendenti da presidio medico vitale, sono però ancora *pienamente in grado di darsi la morte* da soli (il proponente legislatore si muove, quindi, nella cornice dell’aiuto al suicidio).

Per contro, il referendum, nel suo potenziale spettro di applicazione, considera *anche* i pazienti *impossibilitati fisicamente o cognitivamente* ad assumere per proprio conto i farmaci letali (il legislatore referendario si muove, quindi, nella cornice dell’omicidio del consenziente).

La via parlamentare appare, di conseguenza, di portata più “limitata” rispetto alle necessità di un assetto, compiuto e armonico, dell’intera disciplina del “fine-vita” in Italia<sup>75</sup>.

D’altra parte, la via referendaria rivela una portata sin troppo “vasta”, nella misura in cui conduce non soltanto alla depenalizzazione dell’eutanasia, ma addirittura dell’omicidio del consenziente *tout-court* (salvo i circoscritti casi di invalido consenso) con conseguente messa in tensione della “tenuta” del sistema costituzionale rispetto alle scelte di “fine-vita”, oltre a presentare diversi altri aspetti di potenziale incompatibilità coi limiti costituzionali impliciti al referendum in precedenza evidenziati<sup>76</sup>.

Il legislatore referendario è, però, strutturalmente limitato dalla portata *unicamente ablativa* del suo intervento sulla vigente legislazione ed è quindi costretto ad usare l’acchetta sulle disposizioni penali vigenti senza poter compiere tutte quelle operazioni di cesello necessarie ed opportune a introdurre in Italia la “morte volontaria medicalmente agevolata” evitando vuoti o incoerenze di disciplina gravidi di conseguenze per la tutela piena di principi e diritti costituzionali.

---

<sup>74</sup> Corte cost., sent. n. 242 del 2019 e Corte cost., ord. n. 207 del 2018.

<sup>75</sup> V. *supra*, §§5 e 6.

<sup>76</sup> V. *supra*, §§1, 2, 3 e 4.

Viceversa, il legislatore parlamentare gode di ben più ampio margine di manovra in quanto può agire anche in via *additiva* sull'attuale quadro legislativo: può, perciò, eseguire tutte quelle fini calibrazioni che permettono di inserire, nel sistema italiano del “fine-vita”, l’“aiuto medico al morire” in modo ragionevole ed equilibrato, senza trascurare anche la posizione dei pazienti fisicamente o cognitivamente impediti.

Il Parlamento è, infatti, in grado, da un lato, di tener ferme le attuali fattispecie di delitto di omicidio del consenziente e di aiuto al suicidio; e dall'altro lato, di regolamentare alcune, ben perimetrare, clausole di *non* punibilità per gli operatori sanitari che onorino le richieste di “*morte medicalmente agevolata*” espresse sia nell'attualità, che “ora per allora”, da pazienti afflitti da patologie irreversibili e dipendenti da presidi vitali, ma pienamente capaci e liberi di autodeterminarsi (nel momento in cui hanno formulato la loro ferma e meditata istanza).

Richieste, queste ultime, che potrebbero poi essere soddisfatte sia mediante la messa a disposizione del farmaco letale per successiva auto-somministrazione (per il paziente fisicamente e cognitivamente abile), sia attraverso la diretta inoculazione della sostanza nel corpo del paziente nei (*tassativi*) casi in cui il malato, pur avendo a suo tempo fermamente e convintamente chiesto l'aiuto medico al morire, *non* sia poi più in grado di porre da sé fine alla propria vita a causa di un'*irreversibile* incapacità, *fisica o cognitiva*, sopraggiunta.

Sotto questo aspetto, sembrano, invero, ancora pienamente attuali le parole con cui Paola Bilancia concludeva, in passato, le sue riflessioni sulla “*dignità e il fine-vita*” sottolineando come fosse proprio il Parlamento il luogo più idoneo per affrontare, senza ulteriori indugi, «il dibattito sui temi del fine vita e dell'eutanasia» anche al fine di «intercettare il cambiamento sociale» ormai avvenuto<sup>77</sup> attraverso l'adozione di «scelte che possono essere certamente anche complesse e divisive sotto una pluralità di profili, ma che proprio, per questo, necessitano di uno spazio incompressibile per il contemperamento e

---

<sup>77</sup> Un cambiamento, questo, che pare avvertibile, se si vuole, anche dall'ampio successo riscosso dalla raccolta delle firme di sottoscrizione del quesito avanzato dal *Comitato promotore referendum eutanasia legale*, unitamente alla diffusione spontanea e molto partecipata che l'iniziativa ha avuto pure attraverso i “*social media*”. Da questo punto di vista, non v'è dubbio che una parte non trascurabile del corpo sociale potrebbe sentirsi frustrata da un eventuale giudizio di inammissibilità costituzionale che sbarrò la strada allo svolgimento della consultazione popolare *ex art. 75 Cost.* In quest'ottica, appare degna di particolare interesse la recentissima iniziativa, avanzata alla Camera dei deputati dall'on. Ceccanti (A.C. n. 3284) e al Senato della Repubblica dal sen. Parrini (A.S. n. 2388), volta a modificare la vigente legislazione in materia di referendum per anticipare il giudizio di ammissibilità della Corte costituzionale sul quesito referendario al raggiungimento di una soglia pari a centomila (su cinquecentomila) sottoscrizioni di cittadini-elettori. Come osservano i due parlamentari, infatti, se la crescita della partecipazione popolare, anche grazie all'eliminazione di ostacoli burocratici e all'introduzione di modalità di sottoscrizione dei quesiti da remoto per via telematica con autenticazione digitale, è da salutarsi come una ricchezza per il sistema costituzionale (anche in quanto sollecita il Parlamento a rispondere a domande pressanti della società) occorre, però da un lato, evitare che cospicue raccolte di firme a sostegno di quesiti fuori dai parametri costituzionali subiscano la frustrazione del giudizio di inammissibilità e, dall'altro lato, permettere al Giudice costituzionale di pronunciarsi sempre in piena serenità senza temere dubbi o critiche sull'esistenza (ovviamente, implausibile) di una “*juristocracy*” che impedirebbe al popolo di pronunciarsi democraticamente su questioni di grande rilevanza etico-sociale.



il bilanciamento degli interessi costituzionali coinvolti, nell'ambito della discrezionalità politica»<sup>78</sup> propria dell'organo elettivo, democraticamente rappresentativo dell'intera Nazione.

---

<sup>78</sup> P. BILANCIA, *Dignità umana e fine vita in Europa*, cit., p. 114; si v. anche P. BILANCIA, *Riflessioni sulle recenti questioni in tema di dignità umana e fine vita*, cit., p. 5.