

Patrizia Borsellino*

*La sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019:
presupposti, punti fermi e questioni aperte*

SOMMARIO: 1. Il contesto della decisione. – 2. Prima della sentenza. Punti fermi in materia di fine vita. – 3. L'aiuto a morire e i suoi contorni nella sentenza n. 242/2019. – 4. I nodi da sciogliere e le auspicabili risposte del legislatore.

1. Il contesto della decisione

Con il deposito della sentenza n. 242, il 22 novembre 2019 la Corte costituzionale ha portato a compimento, a quasi due mesi di distanza dall'udienza del 25 settembre nella quale si era pronunciata nel merito, il percorso giurisprudenziale avviato, il 14 febbraio 2018, dall'ordinanza di rimessione con cui la Corte di assise di Milano aveva sollevato questioni di legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. (Istigazione e aiuto al suicidio) nel giudizio penale a carico di Marco Cappato, in relazione all'ipotizzato aiuto al suicidio di Fabiano Antoniani (DJ Fabo).

Si è trattato di un esito destinato a segnare un punto di svolta nel diritto italiano in tema di fine vita.

A seguito di tale sentenza, infatti, l'Italia non può più essere annoverata tra gli ancora assai numerosi Paesi il cui diritto vigente qualifica il suicidio assistito e l'eutanasia come reati ai quali sono imputate pesanti sanzioni, senza contemplare eccezioni per l'ipotesi che l'aiuto a morire riguardi soggetti irrimediabilmente sofferenti, che ne abbiano fatto inequivoca richiesta. Per contro, il nostro Paese può ora figurare tra i pochi contesti nazio-

* Professoressa ordinaria di Filosofia del diritto, Università Bicocca di Milano.

nali, europei o extra europei¹, nei quali, grazie all'introduzione di provvedimenti legislativi o all'adozione di prassi giudiziarie, è stata infranta la barriera, sovente prospettata come invalicabile, tra decisioni e linee d'azione in grado di incidere sulla fine della vita, dalla desistenza terapeutica (non attivazione e sospensione di trattamenti) alla sedazione palliativa profonda, oggetto di crescente, se pur non incontrastata valutazione positiva e da considerarsi giuridicamente, oltre che moralmente legittime, e decisioni e linee d'azione meritevoli non solo di riprovazione sul piano etico e deontologico, ma anche di un rigoroso trattamento proibitivo sul piano giuridico, quali gli interventi di aiuto attivo a morire, nella forma sia dell'assistenza al suicidio, sia dell'azione eutanasi posta in essere integralmente da un medico o, comunque, da un soggetto terzo.

La trasformazione del quadro giuridico-normativo, che la Corte costituzionale, dopo averne già prefigurato le linee nell'ordinanza n. 207/2018, ha realizzato, dichiarando "*l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, nella parte in cui non esclude la punibilità di chi ... agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli ...*", rappresenta un risultato (particolarmente) importante e coraggioso se lo si valuta nello specifico contesto italiano. È, infatti, vero che in questo, sullo sfondo del crescente interesse rivolto, da diversi anni a questa parte, alle questioni e alle decisioni di fine vita, è stato avviato, sul piano della bioetica e del biodiritto, un confronto nel corso del quale hanno trovato ampio spazio le sollecitazioni, supportate da solidi argomenti, per un verso, a far cadere i tabù, i rifiuti pregiudiziali e le resistenze ingiustificate nei confronti non solo del suicidio assistito, ma anche dell'eutanasi e, per altro verso, a considerare tali pratiche in relazione all'obiettivo di garantire a ogni individuo di poter concludere la propria vita senza essere leso nella sua dignità. Ed è, altresì vero, che, in relazione alla depenalizzazione/legalizzazione del suicidio assistito e dell'eutanasi, si è assistito a una crescita di attenzione, in ambito politico oltre che nella società civile, che ha trovato riscontro nella presentazione nel corso degli anni di diversi disegni di legge². Ciò non toglie che il tema dell'aiuto a morire sia rimasto ai margini

¹ Cfr., al proposito, P. BORSELLINO, *Bioetica tra "moralì" e diritto*, Milano 2018, in particolare, cap. 11, par. 12, *L'eutanasi nell'orbita del diritto. Un quadro in trasformazione*, 461-468.

² Dalla proposta di legge presentata dall'on. Loris Fortuna nel 1984 fino ai diversi disegni di

del dibattito pubblico e che, nel nostro Paese, abbia continuato a trovare sostenitori, soprattutto ma non solo tra esponenti della cultura e dell'associazionismo cattolico, la forte opposizione non tanto nei confronti di un singolo atto, quanto piuttosto di qualunque forma di riconoscimento giuridico della liceità dell'aiuto a morire, pur assoggettato a rigorosi limiti e condizioni.

Un'opposizione, questa, peraltro ribadita in accorati appelli rivolti alla Corte costituzionale anche alla vigilia dell'udienza del 25 settembre 2019³, a fondamento della quale è stato sovente proposto l'argomento della "china scivolosa"⁴, prefigurando l'inquietante scenario dell'inesorabile passaggio dall'uccisione pietosa del malato incurabile e sofferente che ne ha fatto insistente richiesta, all'uccisione, dietro loro richiesta, di soggetti che si trovano in una ben diversa situazione di "sofferenza"⁵, oppure addirittura a uccisioni, impropriamente qualificabili come eutanasiche con riguardo alla modalità, non dolorosa, di causazione della morte, di soggetti che non hanno chiesto di morire, ma la cui morte può, a diverso titolo, risultare vantaggiosa per la famiglia, per l'assistenza sanitaria o per la società intera. Ma il riconoscimento giuridico della liceità dell'aiuto a morire è stato contrastato anche in nome di una sua asserita incompatibilità con criteri ritenuti costitutivi dell'*organizzazione giuridica del vivere*⁶. Si tratta dei criteri in forza dei quali spetterebbe al diritto – come scriveva Sergio Cotta – garantire la "relazionalità" tra soggetti di pari "valore ontologico"⁷ e, per far-

legge, tra i quali il d.d.l. n. 1088 (Manconi e altri) "Norme per la legalizzazione dell'eutanasia", il d.d.l. n. 2218 (Di Salvo e altri) "Norme in materia di eutanasia" e il d.d.l. n. 1582 d'iniziativa popolare "Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia", dei quali è stata avviata nel 2016, ma non proseguita, la discussione in sede di Commissione Affari Sociali e di Commissione Giustizia della Camera dei Deputati

³ Cfr., ad esempio, l'intervento del Cardinale Gualtiero Bassetti *Testamento biologico. I vescovi italiani chiedono obiezione di coscienza per l'interruzione dell'alimentazione e idratazione*, presentato nell'evento pubblico "Eutanasia e suicidio assistito. Quale dignità della morte e del morire?", svoltosi a Roma presso l'auditorium della Cei l'11 settembre 2019.

⁴ Cfr., per la caratterizzazione di questo argomento e del suo uso, tanto diffuso quanto sovente improprio, D. WALTON, *Slippery Slope Argument*, Oxford 1992; E. LECALDANO, *L'argomento del pendio scivoloso e l'insegnamento della bioetica*, in *Bioetica*, 2, 2000, 295-303.

⁵ L'esempio talora addotto è quello dell'adolescente in buona salute che chiede di morire perché in preda all'insostenibile angoscia causata da una delusione d'amore!

⁶ Cfr. P. D'ADDINO SERRAVALLE, *La morte e il morire: problemi etici e giuridici*, in *Bioetica clinica*, 1, 1998, 48.

⁷ Cfr., per questa posizione, S. COTTA, *Aborto ed eutanasia: un confronto*, in F. D'AGOSTINO (a cura di), *Diritto e corporeità*, Milano 1987, 15-34. Cfr., inoltre, CNB, documento del 14 luglio 1995 dedicato alle *Questioni bioetiche alla fine della vita umana*.

lo, porre anche limiti all'autonomia individuale, non dimenticando che la vita degli individui si svolge in una fitta trama di doveri, oltre che di diritti, dal cui inestricabile intreccio dipende quella qualità morale dei comportamenti degli uomini da cui non può prescindere la valutazione giuridica degli stessi.

Nelle sopra richiamate prospettive, le implicazioni, per brevità qualificabili come antieutanasiche, sono state fatte discendere da una rappresentazione del diritto sotto la cui enfattizzazione della relazionalità come garanzia dell'uguale considerazione degli interessi di tutti i soggetti in gioco e, più in generale, dell'intero corpo sociale, si può, a ben guardare, intravedere la giustificazione di scelte normative improntate alla limitazione della libertà degli individui in ambiti determinanti rispetto ai loro piani di vita, quali quelli della procreazione, dei modi della cura e, soprattutto, delle fasi finali dell'esistenza, sul presupposto che spetti al diritto usare i suoi strumenti coercitivi per imporre anche a coloro che non la condividono una determinata visione della morale (nel caso della preclusione assoluta nei confronti dell'aiuto a morire, per imporre "il principio del rispetto incondizionato della vita ... come principio giuridico coattivo"⁸), impedendo, di fatto, a tali soggetti di realizzare la propria morale.

Ma la rappresentazione del diritto come strumento regolativo che, in nome di criteri di giustizia che si pretendono obiettivi, giustifica o, addirittura, richiede la sottrazione agli individui direttamente interessati delle decisioni sui tempi e sui modi della propria morte, così come, più in generale, delle scelte e delle decisioni sulle cure e gli interventi sul loro corpo, poteva trovare riscontro o corroborazione nel modello di organizzazione giuridica a impronta laica⁹ e pluralistica, i cui contorni sono stati chiaramente delineati prima di tutto dall'entrata in vigore, nel 1948, della Costituzione e, successivamente, da altri importanti documenti di carattere sovranazionale, entrati a far parte, ai massimi livelli, dell'ordinamento giuridico italiano, dalla Convenzione europea sui diritti umani (1950) fino alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (2000)?

⁸ U. SCARPELLI, *Il diritto e l'eutanasia*, in ID., *Bioetica laica*, Milano 1998, 125.

⁹ Nell'accezione "inclusiva" di laicità – fatta propria da chi considera irrinunciabile il rispetto, con l'unico limite del danno all'altro, delle convinzioni morali e religiose di tutti gli individui – con la quale è incompatibile una legge che recepisca un unico orientamento valoriale e lo imponga anche a chi non vi si riconosce, disconoscendo quel pluralismo degli orizzonti morali, che, nella società attuale, rappresenta non solo un fatto ma anche un valore da preservare. Cfr. P. BORSELLINO, *Le ragioni della laicità procedurale non fraintesa*, in E. D'ORAZIO (a cura di), *La laicità vista dai laici*, Milano 2009, 75-82.

La risposta negativa a tale domanda scaturisce dalla considerazione dell'assetto valoriale sotteso alla Costituzione e agli altri documenti normativi posti ai vertici dell'ordinamento, ed è la risposta che ha trovato conferma nelle decisioni giudiziarie e nei provvedimenti legislativi attraverso i quali si è andato definendo, in relazione alle decisioni di fine vita, un quadro normativo di riferimento, pienamente rispettoso dei principi e dei valori costituzionali, nel cui contesto si colloca la sentenza n. 242/2019.

Nelle pagine che seguono sarà proposta un'analisi della pronuncia della Corte costituzionale in materia di suicidio medicalmente assistito volta a evidenziarne il rapporto di congruenza e di continuità con i sopra richiamati interventi con i quali, nei primi due decenni del nuovo secolo, il diritto ha compiuto passi importanti, ma non ancora sufficienti per garantire che ogni individuo, in qualunque situazione di malattia e sino alla fine della vita, possa contare su risposte, sempre rispettose delle sue volontà e adeguate ai suoi bisogni, e possa così concludere la propria esistenza con quella dignità, di cui è difficile parlare in modo non retorico, quando non ci si preoccupa di preservare le persone dall'indifferenza e dall'abbandono, né si tiene nella dovuta considerazione il diritto di ciascuno a compiere le scelte fondamentali relative ai modi in cui condurre e concludere la propria vita.

Si argomenterà, inoltre, a sostegno della tesi che la decisione della Corte costituzionale abbia rappresentato una tappa fondamentale, ma non ancora quella che consente di considerare concluso il percorso intrapreso per garantire la dignità di ogni individuo sino alla fine della vita.

2. Prima della sentenza. Punti fermi in materia di fine vita

La lettura delle “considerazioni in diritto” contenute nella motivazione della sentenza n. 242/2019 e, precedentemente, nell'ordinanza n. 207/2018, rende evidente che la decisione assunta dalla Corte si iscrive nel perimetro normativo chiaramente delineato da pronunce giurisprudenziali e disposizioni legislative, in essa espressamente richiamate, in assenza delle quali sarebbe stato difficile, se non addirittura impossibile, per la Consulta far cadere la preclusione assoluta nei confronti dell'aiuto a morire.

Il riferimento è, innanzitutto, a due sentenze entrambe del 2007. La sentenza n. 2049 sul caso Welby, con cui, già in sede di udienza preliminare, il Tribunale di Roma ha assolto dall'imputazione di “omicidio del consen-

ziente” ex art. 579 c.p. il medico, che, a fronte del dissenso manifestato dal paziente nei riguardi della prosecuzione della ventilazione assistita, ha proceduto alla disattivazione del trattamento di sostegno vitale e alla messa in atto di un contestuale trattamento sedativo¹⁰. E la sentenza n. 21748, con cui la Corte di cassazione ha segnato una svolta nel caso Englaro¹¹, riconoscendo la legittimazione del legale rappresentante di un soggetto incapace ad assumere decisioni relative a trattamenti salvavita, e a chiederne anche la sospensione, alla condizione che lo stato in cui versa l’incapace sia, in base a un rigoroso apprezzamento clinico, da considerare irreversibile, e che la decisione sia *«realmente espressiva in base ad elementi di prova chiari, concordanti e convincenti, della voce del rappresentato, tratta dalla sua personalità, dal suo stile di vita e dai suoi convincimenti, corrispondendo al suo modo di concepire, prima di cadere in stato di incoscienza, l’idea stessa di dignità della persona»*.

Si è trattato di decisioni che, nel sancire l’insuperabilità del rifiuto della messa in atto o della prosecuzione di un trattamento, se pur necessario alla sopravvivenza, non solo opposto in forma attuale da un paziente competente, ma anche inferibile da una volontà precedentemente manifestata da un paziente non più capace, lo hanno fatto sul presupposto che a richiederlo sia la Costituzione, nella quale, grazie all’affermazione del principio di volontarietà dei trattamenti sanitari (art. 32, comma 2 in combinato con gli artt. 2 e 13), il rispetto della volontà del paziente ha assunto la valenza di limite, al quale è assoggettato qualunque intervento sul corpo, inderogabile e da non considerarsi indebolito dal riferimento all’eventualità di sospendere «per disposizione di legge», posto che questa è contemplata dal legislatore in via d’eccezione e in relazione alla ristretta categoria dei trattamenti sanitari obbligatori (TSO), da porre in atto su un soggetto solo qualora si profili una motivata urgenza clinica, non diversamente fronteggiabile, a tutela della salute e/o della sicurezza pubblica, oltre che della sua salute.

Le sentenze sui casi Welby ed Englaro, unitamente ad altre sentenze della Corte stessa (n. 438/2008 e n. 253/2009), anch’esse richiamate, nelle quali il consenso informato del destinatario di un trattamento è stato considera-

¹⁰ A fondamento della decisione è stato posto il riconoscimento che il rifiuto di un trattamento salvavita costituisce esercizio di un diritto soggettivo del paziente, e che la sospensione del trattamento, se pur causativa della morte, costituisce condotta tenuta in adempimento di un dovere e, quindi, non punibile

¹¹ Sul caso Englaro, cfr. P. BORSELLINO, *Bioetica tra “moralì” e diritto*, cit., 424-433.

to «vero e proprio diritto della persona, anzi, sintesi di due diritti fondamentali della persona, quello all'autodeterminazione e quello alla salute, radicati nei principi sanciti dagli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione», hanno rappresentato momenti decisivi nel percorso di delegittimazione del tradizionale modello di relazione terapeutica a impronta paternalistica e beneficialistica. Quello sulla base del quale, sul piano giuridico oltre che sul piano della deontologia medica, si è, a lungo, giustificata l'attribuzione, in via esclusiva, di tutte le decisioni relative ai trattamenti sanitari al medico, ritenendolo, peraltro, ogniqualvolta fosse in gioco la salute e la vita di un paziente, investito di un potere/dovere di cura non subordinato al consenso, e nemmeno limitato dall'eventuale dissenso del destinatario dei trattamenti, sul presupposto del cosiddetto "privilegio terapeutico", vale a dire dell'idea che la disponibilità di un trattamento, reputato dal medico utile e appropriato, ne renda la messa in atto non solo legittima, ma addirittura dovuta, soprattutto se funzionale al mantenimento della sopravvivenza.

Se già il richiamo al riconoscimento giurisprudenziale del ruolo determinante del soggetto che ha in gioco la sua salute e la sua vita non lascia dubbi circa la presa di distanza, da parte della Corte costituzionale, dal modello che, in nome della difesa a oltranza della vita, quand'anche ridotta a pura sopravvivenza biologica, giustifica la sottrazione ai diretti interessati delle scelte e delle decisioni relative agli interventi sul loro corpo, è il riferimento alla l. n. 219/2017, ricorrente nella motivazione, e presente anche nel dispositivo della sentenza, a offrire alla Corte, grazie alla chiara configurazione della relazione di cura e del paradigma assistenziale delineata dalla disposizioni di cui la legge si compone, un solido terreno su cui far poggiare la decisione. È, infatti, vero che la l. n. 219/2017 non ha introdotto principi e valori nuovi e diversi da quelli, sanciti dalla Costituzione e a livello sovranazionale europeo, ai quali già le sopra menzionate pronunce giurisprudenziali avevano dato decisivi riconoscimenti, ma, oltre a ribadire e a consolidare quei principi e quei valori, ne ha inequivocabilmente esplicitato le implicazioni, introducendo previsioni normative utili a dissipare opacità e zone d'ombra e a rendere più nitido il paradigma da calare nelle concrete prassi di cura.

Le previsioni normative in questione sono, innanzitutto, quelle nelle quali, dopo aver sancito l'imprescindibilità del consenso informato in relazione a qualunque trattamento sanitario (art. 1, comma 1), la legge ne specifica le modalità in modo tale da sgombrare il campo da equivoci e fuorvianti interpretazioni che ne hanno ostacolato l'inserimento in diversi ambiti di assistenza, tra i quali rimangono in primo piano quelli dell'assistenza ai ma-

lati senza prospettive di guarigione e, soprattutto, delle cure alla fine della vita. Fino dal primo articolo emerge, infatti, che il consenso informato, di cui viene prescritto agli operatori sanitari l'inserimento nel loro operare quotidiano, non si risolve nella sottoscrizione di un modulo, bensì va inteso come punto di approdo di un percorso nel quale il paziente deve essere accompagnato da un medico consapevole che «il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura» (art. 1, comma 8). Quello della relazione comunicativa è, del resto, il contesto nel quale la legge prevede che siano calate le informazioni (relative alle condizioni di salute, alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari, alle eventuali alternative terapeutiche ecc.), che del consenso rappresentano la condizione necessaria. Queste specificazioni, unitamente al rilievo dato alla formazione «in materia di relazione e di comunicazione con il paziente» (art.1, comma 10) come parte integrante della complessiva formazione dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie, consentono di affermare che il legislatore ha prefigurato uno scenario, ad oggi ancora poco rispecchiato dalle prassi, di processi decisionali realmente condivisi con i pazienti da curanti che, di questi, tengano nella più attenta considerazione le condizioni e valutino accuratamente la competenza. Senza incorrere nell'errore di ridurla a trasmissione unidirezionale di dati di rilevanza clinica, i curanti dovranno, peraltro, trasformare l'informazione in un processo a due vie, in cui chi fornisce gli elementi informativi si preoccupi dell'effettiva comprensione del loro significato e della loro portata da parte dei destinatari e, al tempo stesso, si disponga a ricevere e a interpretare i messaggi che veicolano i bisogni, le aspettative, le convinzioni morali e i vissuti esperienziali di coloro che hanno in cura. Una prospettiva, quindi, quella delineata dalla legge, che, proprio perché evita il rischio di ingabbiare l'informazione e il consenso secondo logiche burocratiche e ne consente, invece, la modulazione in relazione alle condizioni del malato, destituisce di fondamento¹² la tesi che le patologie croniche e invalidanti o caratterizzate da prognosi infausta siano da considerare una sorta di “zona franca”, in cui non v'è spazio per l'espressione della volontà del malato né in forma attuale, né in forma anticipata, supportando, per contro, l'indicazione della “pianificazione condivisa delle cure” come pa-

¹² Nella linea peraltro già prospettata dal documento *Informazione e consenso progressivo nelle cure palliative. Raccomandazioni della SICP* firmato da L. Orsi, P. Morino, P. Borsellino, C. Casonato, G. Gobber, S. Selmi, e adottato dalla Società Italiana di Cure Palliative il 15 ottobre 2015, in *sicp.it* (Sezione documenti). Sul punto, cfr. anche P. BORSSELLINO, *Consenso informato: perché e come attuarlo nelle cure palliative*, in *Riv. it. cure pall.*, XIV, 3, 2012, 35-38.

radigma al quale improntare la relazione tra curanti e pazienti con «una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta» (art. 5, comma 1).

Ed è nel contesto di una non banalizzata relazione comunicativa che si inseriscono i passaggi della legge nei quali, all'art. 1, comma 5, si afferma il diritto di ogni persona di rifiutare «qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso», senza esclusione dei trattamenti di idratazione e di nutrizione artificiali, così come “il diritto di revocare in qualsiasi momento ... il consenso prestato, anche quando la revoca comporta l'interruzione del trattamento”, e, in particolare, il passaggio nel quale, all'art.1, comma 6, viene, altresì, sancita, contestualmente al dovere del medico di “rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo”, la sua esenzione da responsabilità civile o penale.

Ma, di particolare rilievo anche la disposizione che pone al riparo dal fraintendimento che l'astensione, da parte del curante, dal praticare i trattamenti rifiutati dal paziente, possa dare luogo all'abbandono terapeutico. Un fraintendimento, questo, nel quale l'art. 1, comma 5 aiuta a non incorrere, grazie alla previsione che, di fronte alla rinuncia o al rifiuto di trattamenti necessari alla sopravvivenza, il medico ha il dovere di prospettare al paziente, oltre alle conseguenze di tale decisione, eventuali trattamenti alternativi rispetto a quelli rifiutati e, comunque, è tenuto a promuovere ogni azione di sostegno, proseguendo l'assistenza.

Si tratta di disposizioni tutt'altro che pleonastiche, se collocate sullo sfondo delle difficoltà incontrate dall'attuazione di diritti, pur già riconosciuti non solo sul piano giurisprudenziale, ma anche su quello deontologico¹³, delle quali v'era bisogno, per un verso, per delegittimare le ancora diffuse attitudini interventistiche motivate da preoccupazioni difensive e, comunque, dalla convinzione, perdurante in molti medici, di essere tenuti a preservare, a qualunque costo, la sopravvivenza del paziente, e, per altro verso, per delineare con chiarezza il modello secondo cui il mandato di cura, esistente in capo agli operatori sanitari, si estende ben oltre la messa in atto di trattamenti funzionali al mantenimento in vita dei malati. Un paradigma assistenziale, questo, nel quale l'attenzione per la sofferenza del ma-

¹³ Codice di deontologia medica (2014), art. 35: “... Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato ...”.

lato occupa un posto centrale, che la legge rafforza e completa con le previsioni dell'art. 2, "Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita". In linea e ad integrazione delle previsioni della l. n. 38/2010 "Disposizioni per l'accesso alla terapia del dolore e alle cure palliative", anch'essa richiamata dalla Corte nell'ordinanza n. 207/2018 e nella sentenza n. 242/2019, l'art. 2 ribadisce, infatti, nel suo primo comma, il dovere del medico di attivarsi per alleviare le sofferenze del malato, specificando che questo vale anche nel caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. Lo stesso articolo offre, poi, nel suo secondo comma, la corroborazione legislativa della condanna dell'accanimento terapeutico, già presente nell'art. 16 dell'attuale Codice di deontologia medica, sancendo, nel caso di pazienti con prognosi infausta e prossimi alla morte, il dovere del medico di «astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili e sproporzionati», e contemplando infine, quando vi siano sofferenze refrattarie agli altri trattamenti sanitari disponibili, il possibile ricorso, previo consenso del paziente, «alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore» (art. 2, commi 2 e 3).

3. *L'aiuto a morire e i suoi contorni nella sentenza n. 242/2019*

Il riferimento, operato dalla Corte, all'assetto normativo in materia di decisioni e di assistenza alla fine della vita risultante dai sopra richiamati interventi giurisprudenziali e, soprattutto, dalla disciplina introdotta dalla l. n. 219/2017, risulta meritevole di particolare attenzione se si considera la contestualizzazione degli atti finalizzati all'aiuto a morire per la cui criminalizzazione viene dapprima prospettata nell'ordinanza, e poi dichiarata nella sentenza, l'incostituzionalità.

Non diversamente dal rifiuto delle cure e dei trattamenti di sostegno vitale, dalla desistenza terapeutica e dalla sedazione palliativa profonda, l'aiuto a morire prestato mediante assistenza nel suicidio rappresenta un intervento di fine vita da considerare, per affrontarlo nella giusta luce, sullo sfondo delle accresciute possibilità di intervento della medicina, che hanno comportato una radicale trasformazione degli scenari di protrazione dell'esistenza, facendo della morte un evento modulabile nei tempi e nei modi e, in

forza della sua controllabilità, non più qualificabile, in senso stretto e proprio, come “naturale”¹⁴.

Sono questi gli scenari in relazione ai quali la l. n. 219/2017 ha ricondotto nella disponibilità di ogni individuo malato la facoltà di sottrarsi, mediante il rifiuto della messa in atto di trattamenti di sostegno vitale o la richiesta di interromperli, alla protrazione di una sopravvivenza in condizioni gravemente compromesse e divenute per lui insostenibili, e lo ha fatto a muovere dalla convinzione che non si possa adeguatamente tutelare la vita, riconosciuta come diritto (non come dovere) e come valore, nella valenza biografica e non solo biologica, se si escludono coloro ai quali la vita appartiene dalle scelte e dalle decisioni che, sino alla sua conclusione, ne influenzano lo svolgersi, valorizzandone o, per contro, sminuendone la dignità.

E sono i medesimi scenari di ampia disponibilità di mezzi idonei a protrarre la sopravvivenza, ma non sempre ad assicurare una qualità del vivere accettabile per coloro la cui vita è in gioco, quelli entro il cui perimetro la Corte ha collocato le situazioni in relazione alle quali già nell’ordinanza n. 207/2018 ha preso corpo la tesi che l’incriminazione del suicidio assistito non possa essere considerata compatibile con la Costituzione.

Non, dunque, tutte le situazioni in cui, a prescindere da ogni riferimento alle condizioni personali del soggetto passivo e alle ragioni del suo gesto, vi sia stata un’agevolazione dell’altrui suicidio che non abbia inciso sulla decisione di colui che è stato aiutato a morire, come prospettato nell’ordinanza di rimessione della Corte di assise di Milano.

Nonostante il tramonto della concezione della vita umana come bene indisponibile, anche (e soprattutto) in funzione dell’interesse della collettività, di cui era portatore il legislatore del 1930, e, per contro, il necessario riferimento a un quadro costituzionale che guarda alla valorizzazione della libertà di ogni persona come valore in sé, vi sono, infatti, secondo la Corte, buone ragioni per continuare a considerare la criminalizzazione non solo

¹⁴ È indubbio che la morte rimane evento naturale, se per naturale intendiamo un evento che riguarda tutti, che è destinato a verificarsi necessariamente e che connota gli esseri umani al punto da giustificare la loro qualificazione come “mortalità”. Ma la morte ha perso il connotato della naturalità se individuiamo l’elemento caratterizzante della naturalità di un evento nel suo essere sottratto alla possibilità di controllo da parte degli uomini stessi. In presenza di una medicina che non ha eliminato, né mai potrà eliminare la morte dall’orizzonte umano, ma ne condiziona il “come” e il “quando”, quella di “morte naturale” è divenuta, almeno nelle aree sviluppate del mondo, una categoria residuale, utilizzabile per riferirsi alle ipotesi di morti subentrate all’improvviso per eventi accidentali o patologiche acute, al di fuori di qualunque intervento medico.

dell'istigazione, ma anche della cooperazione materiale al suicidio, funzionale alla protezione di interessi meritevoli di tutela. In particolare, alla luce del mutato quadro costituzionale, la *ratio* dell'art. 580 c.p. va ravvisata nella «tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio» (o. n. 207/2018, § 6). Una norma, quindi, non incoerente con l'opzione di esentare da sanzioni chi abbia cercato di porre fine alla propria vita, da considerare funzionale alla protezione di «persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere» (o. n. 207/2018, § 6).

È a questo punto che, nel ragionamento della Corte, avviato nell'ordinanza e riproposto senza variazioni nella decisione, entra in campo la contestualizzazione della non punibilità/liceità del suicidio assistito alle situazioni – dalla Corte stessa qualificate come “inimmaginabili” all'epoca in cui fu introdotta la norma incriminatrice – di tutti quei soggetti che la scienza medica è divenuta capace di strappare alla morte, senza, tuttavia, poter «restituire loro una sufficienza di funzioni vitali» (o. n. 207/2018, § 8). Nel caso di questi soggetti, la Corte riconosce che l'assistenza prestata da terzi per porre fine alla loro vita non può essere ricondotta nella sfera applicativa dell'art. 580, in nome dell'esigenza di protezione degli individui deboli e vulnerabili a fondamento del riconoscimento, in via generale, della rilevanza penale dell'aiuto al suicidio.

Quella della vulnerabilità è una realtà multiforme e dai confini non facilmente definibili, in cui rientrano senz'altro i malati inguaribili e/o in condizioni irrimediabilmente invalidanti. Ma, all'interno di questa realtà, essi presentano la peculiarità di trovarsi in una condizione di protrazione della sopravvivenza che sono stati gli interventi medici a instaurare e a rendere possibile. La Corte ha avuto il merito di focalizzare l'attenzione su tale peculiarità, già da tempo messa in risalto nella riflessione bioetica e biogiuridica sul fine vita, e di riportare gli atti di aiuto a morire posti in essere nei confronti degli individui il cui mantenimento in vita è, a buon diritto, qualificabile come “artificiale”, nella cornice della già ben consolidata disciplina in materia di decisioni sulle cure e di interventi di fine vita grazie alla quale, come si è in precedenza sottolineato, si è rafforzata la garanzia giuridica di una efficace risposta terapeutica alle situazioni di sofferenza estrema, mediante il ricorso anche alla sedazione palliativa profonda, e si è, d'altra parte, consolidato il riconoscimento che rientra nella disponibilità di

ogni individuo malato sottrarsi alla protrazione di una sopravvivenza in condizioni gravemente compromesse e divenute per lui insostenibili o, come si legge nell'ordinanza, "lasciarsi morire", chiedendo l'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale e la contestuale sottoposizione a sedazione. Si deve, tuttavia, prendere atto, traendone tutte le conseguenze sul piano normativo, che vi sono situazioni di sofferenza per rispondere alle quali la soluzione, valutata come adeguata da chi in quelle situazioni si trova, non è offerta dalle strade che il diritto e la deontologia considerano già oggi praticabili, vale a dire la non attivazione e la sospensione dei trattamenti e la messa in atto della sedazione palliativa profonda. Posto che sono queste soltanto le strade percorribili sulla base della normativa vigente e, in particolare della l. n. 219/2017, nella quale, come la Corte opportunamente sottolinea, sgombrando il campo dalle interpretazioni che ne hanno proposto una lettura in chiave "pro-eutanassica", non trova spazio la legittimazione di «trattamenti diretti non già a eliminare le sofferenze, ma a determinare la morte», si deve guardare all'aiuto del malato a morire (nella forma dell'assistenza al suicidio) come all'ulteriore strada di cui riconoscere la praticabilità, andando oltre il punto al quale si è fermata la l. n. 219/2017, se non si vogliono privare, ledendone i diritti, persone malate e sofferenti dell'unica modalità con cui poter essere liberate dalla prigionia della loro insostenibile condizione.

Entro lo specifico e circoscritto ambito sopra considerato, la Corte ha ritenuto che il divieto assoluto di aiuto al suicidio comporti un'irragionevole e ingiustificata limitazione della libertà del malato di autodeterminarsi rispetto a qualunque trattamento, fondata negli artt. 2, 13 e 32, comma 2 della Costituzione e ha dichiarato, come già anticipato nel primo paragrafo di questo contributo, l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. nella parte in cui non esclude la punibilità degli atti compiuti per agevolare il suicidio di persone affette da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze psichiche per loro intollerabili, che abbiano maturato consapevolmente e manifestato una volontà in tal senso.

Si è trattato di una pronuncia di accoglimento "manipolativa" che la Corte, non ritenendo praticabile la strada dell'interpretazione conforme a Costituzione, né opportuna una pronuncia "meramente ablativa", che avrebbe lasciato la prestazione dell'aiuto a morire priva di qualunque disciplina ed esposta al rischio comportato dalla mancanza di controlli sulla sussistenza della libera scelta del malato, così come sulla sua condizione di malattia e di sofferenza, nonché sulla preliminare offerta al malato di altre strategie di risposta alla sofferenza, quali quelle apprestate dalle cure palliative, ritiene di

poter assumere «ricavando dalle coordinate del sistema vigente i criteri di riempimento costituzionalmente necessari» (s. n. 242/2019, § 4), vale a dire, trovando in disposizioni presenti nell'ordinamento e, in particolare, in quelle introdotte con la l. n. 219/2017 e con la l. n. 38/2010, gli elementi utili per far emergere già in sede di decisione una configurazione sufficientemente definita dell'aiuto a morire, di cui si riconosce la liceità. Quella dell'agevolazione del suicidio assistito come "procedura medicalizzata", assoggettata a condizioni e a modalità di esecuzione della cui verifica dovrà essere investita, secondo la Corte, «una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente» (s. n. 242/2019, § 8).

Resta in ogni caso fermo il rilievo relativo all'imprescindibilità di una disciplina legislativa della materia, che la Corte ribadisce nella sentenza, dopo averlo già posto a fondamento della pronuncia interlocutoria adottata, nell'ottobre del 2018, con l'auspicio e l'aspettativa che il Parlamento potesse intervenire prima dell'udienza per la trattazione delle questioni di legittimità, poi tenutasi il 25 settembre 2019. Un intervento, quello legislativo, che, nella valutazione della Corte, continua a rappresentare una sorta di passaggio obbligato per non perdere l'occasione di arricchire il quadro delle strategie di intervento alla fine della vita senza lasciare pericolose incertezze e zone d'ombra e senza fornire a tutti i soggetti coinvolti le necessarie garanzie.

4. I nodi da sciogliere e le auspicabili risposte del legislatore

Infrangendo la preclusione assoluta nei confronti dell'aiuto a morire prestato a soggetti in condizioni di sofferenza psicofisica persistente, intollerabile e, a loro avviso, non diversamente rimediabile, nelle quali protraggono la loro esistenza grazie agli interventi della medicina, la sentenza n. 242/2019 ha allargato la platea di coloro per i quali sembra aprirsi la possibilità di sottrarsi a una sopravvivenza avvertita come lesiva della loro dignità. E lo ha fatto ponendo in primo piano il problema di predisporre, in relazione a questa delicata tipologia di intervento di fine vita, percorsi e procedure in grado di preservare da ogni forma di abuso, così da garantire al meglio tanto i soggetti aiutati a porre termine alla loro vita, quanto coloro che pongono in essere gli atti di aiuto.

Quella adottata dalla Corte è, comunque, una decisione che, pur ribadendo, come si è in precedenza sottolineato, la necessità di un intervento re-

golorio su molteplici profili suscettibili di soluzioni normative affidate alla discrezionalità del legislatore, non ha mancato di prefigurarne le possibili linee. Non si può quindi avviare la riflessione sulle soluzioni che, compatibilmente con lo scenario politico italiano contrassegnato da perdurante instabilità e con l'inattesa situazione emergenziale profilatasi in Italia nei primi mesi del 2020, a causa del diffondersi del coronavirus, dovrebbero essere adottate in tempi brevi dal Parlamento, senza prendere in considerazione le indicazioni, emergenti dalla sentenza, e mettere in luce anche le difficoltà alle quali potrebbero dare luogo, se non accortamente considerate, ed eventualmente modificate, in sede di regolazione legislativa della materia.

La prima fondamentale questione meritevole di attenzione è quella dell'identificazione degli scenari in presenza dei quali si dovrà ritenere giuridicamente, oltre che eticamente, giustificato l'accoglimento della richiesta di aiuto a morire. La sentenza, nella linea dell'ordinanza, ne definisce i contorni con riferimento ai soggetti capaci di decisioni libere e consapevoli, affetti da patologie irreversibili e in condizioni di insostenibile sofferenza psico-fisica, aggiungendo, peraltro, a tali requisiti, anche quello della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale. Quest'ultimo è però un requisito che potrebbe risultare fuorviante se non accompagnato dalla specificazione che i trattamenti di sostegno vitale, ben oltre le pratiche rianimatorie e la ventilazione cardio-polmonare, prevalentemente associate alla nozione di trattamento salva-vita, includono un'ampia gamma di interventi e di trattamenti, tra i quali, accanto alle procedure in grado di surrogare funzioni vitali compromesse, come la dialisi nel caso dell'insufficienza renale, oppure gli apparati in grado di contrastare disfunzioni cardiache letali, rientrano diverse categorie di trattamenti farmacologici, a cominciare dagli antibiotici e, secondo l'opinione prevalente della comunità scientifica, anche l'idratazione e la nutrizione artificiali¹⁵.

Dal momento, inoltre, che la Corte circoscrive il suo giudizio alla fattispecie del suicidio assistito, vale a dire all'aiuto prestato a un soggetto che, nonostante la compromissione delle condizioni in cui versa, è ancora in grado, come lo è stato DJ Fabo, di compiere da solo l'ultimo atto che conduce alla morte, tale residua "autosufficienza" viene, implicitamente, ad assumere la valenza di ulteriore, non trascurabile requisito per individuare la platea di coloro per i quali si apre l'opzione di essere aiutati a morire.

¹⁵ Cfr., al proposito, P. BORSELLINO, *Limitation of the therapeutic effort: ethical and legal justification for withholding and/or withdrawing life sustaining treatments*, in *Multidisc. Respir. Med.*, 10:5, 2015, 1-5.

Ne discende che, nonostante l'inecepibile contestualizzazione dell'assistenza al suicidio alle situazioni di protrazione della sopravvivenza in condizione di insostenibile sofferenza, che, come si è già più volte sottolineato, è stata la medicina stessa a rendere possibili, grazie alla vasta gamma di presidi terapeutici e di modalità di intervento di cui si è dotata, la Corte non aiuta a scongiurare il rischio che non tutti coloro che vi avrebbero interesse si possano avvalere della pur relevantissima trasformazione dell'assetto normativo in materia di fine vita avviata dalla decisione.

Nel focalizzare l'attenzione sui malati che, come il protagonista del caso che ha dato origine al giudizio, avrebbero a disposizione anche la strada, già percorribile prima della sentenza, dell'interruzione dei trattamenti salva-vita, con contestuale sottoposizione a sedazione profonda, ma, esercitando un loro legittimo diritto, la rifiutano (l. n. 219/2017, art. 1, comma 5), non ritenendola idonea a consentire una morte a loro giudizio dignitosa, la Corte non tiene nella dovuta considerazione tutte le situazioni nelle quali, fermo restando il ruolo in precedenza avuto dagli interventi medici nella loro configurazione, non sono necessariamente in atto trattamenti salvavita la cui sospensione produce la morte, né, d'altra parte, la risposta adeguata può essere offerta dalle cure palliative, che pur rappresentano in molti casi un'opzione terapeutica importante per raggiungere l'obiettivo di una morte dignitosa. Va, a quest'ultimo proposito, sottolineato che, come afferma anche l'art. 3 della l. n. 219/2017, la sedazione profonda è un trattamento che spetta ai sanitari proporre e, se vi è il consenso del paziente, attuare, ove se ne ravvisi l'appropriatezza, ma sono proprio le condizioni di appropriatezza a mancare, secondo l'opinione ampiamente condivisa all'interno della comunità scientifica di chi opera nel campo delle cure palliative¹⁶, nel caso di malati che non sono in imminenza di morte e che, nella pur devastante condizione in cui versano, potrebbero, vivere anche a lungo, così come nelle situazioni cliniche caratterizzate dalla concomitanza o dalla prevalenza sui sintomi fisici di sofferenze psicologiche intrattabili, il cosiddetto *distress esistenziale*, all'attenzione di chi opera nelle cure palliative come il più controverso ambito di applicazione della sedazione profonda.

D'altra parte, non si trova nella decisione, non diversamente che nell'ordinanza, riferimento alcuno ai soggetti che, per incapacità fisica, non pos-

¹⁶ Cfr., al proposito, le *Raccomandazioni della SICP sulla sedazione terminale/sedazione palliativa* (ottobre 2007), a cura del Gruppo di studio su etica e cultura al termine della vita della Società italiana di Cure palliative, consultabile nel sito sicp.it (Sezione documenti).

sono attivare essi stessi il processo che conduce alla morte con un atto suicidario, ma necessitano dell'intervento eutanasiaco di terzi, come, invece, ci si sarebbe potuti attendere, perlomeno in sede di sollecitazione rivolta al legislatore, posto che a richiederlo è, innanzitutto, il principio di eguaglianza sancito all'art. 3 della nostra Costituzione, che, nel delegittimare disuguali trattamenti riservati ai cittadini (e a tutti gli individui) sulla base delle "condizioni personali", tra le quali sono in primo piano le condizioni di salute, offre la prima forte ragione giuridica, oltre che etica, per garantire il diritto a una morte dignitosa anche a coloro che, proprio per le condizioni cliniche in cui versano, anche dopo la sentenza n. 242/2019 non potrebbero vederlo riconosciuto.

Ed è proprio questa, comprensiva dell'aiuto a morire nella modalità dell'eutanasia, oltre che del suicidio assistito, la direzione nella quale è auspicabile che il legislatore realizzi la disciplina della materia, ridefinendo gli scenari delineati dalla Corte, sia mediante l'inclusione anche di interventi eutanasiaci, se posti in essere nel rispetto di rigorose condizioni, sia mediante la limitazione dei requisiti per accedere all'aiuto a morire a due dei tre previsti nella sentenza, oltre a quello, fondamentale, della volontà "autonomamente e liberamente" formata dal richiedente, vale a dire, ai requisiti del grave e irreversibile stato patologico e dell'intollerabile sofferenza fisica e/o psicologica, con esclusione dell'ulteriore, potenzialmente fuorviante, requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale.

Si tratta della direzione sulla quale si va consolidando un crescente consenso nel dibattito in corso in ambito bioetico e giuridico¹⁷, ed è quella prefigurata in alcune proposte di legge presentate già nel corso del 2019 presso la Camera dei Deputati. Ad esempio nel disegno di l. 30 maggio 2019¹⁸, n. 1875 "Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasiaco", nel quale, in linea con le indicazioni della Corte, i proponenti hanno, a parere di scrive apprezzabilmente, optato per la collocazione dell'aiuto a morire all'interno della relazione di cura, escludendo che a prestarlo siano soggetti diversi dal medico, come avviene nella realtà della Svizzera, e hanno altresì ritenuto che, per quanto attiene alla tipologia di intervento normativo da realizzare, quello preferibile non pos-

¹⁷ Cfr. il documento del "Gruppo Biodiritto" dal titolo *Aiuto medico a morire e diritto: per la costruzione di un dibattito pubblico plurale e consapevole*, settembre 2019, consultabile in *biodiritto.org*.

¹⁸ Questo disegno, firmato dagli onorevoli Sarli, Trizzino *et al.*, rappresenta la proposta più organica fino ad ora presentata e, pur lasciando aperte alcune questioni, può costituire un utile punto di partenza in vista della messa a punto della disciplina legislativa dell'aiuto a morire.

sa consistere, in conformità con una prima ipotesi formulata dalla Corte già nell'ordinanza del 2018, in un mero intervento penalistico di modifica dell'art 580 c.p., né nell'inserimento di commi aggiuntivi o di articoli "bis" nella l. n. 219/2017, bensì piuttosto, come prospettato dalla Corte in via di seconda ipotesi, in un autonomo testo normativo organico, chiaro e ben strutturato, che, senza omettere gli opportuni rinvii alla l. n. 219/2017, muova da chiare definizioni, espliciti i principi di riferimento e preveda, senza lasciare zone d'ombra, procedure, controlli e garanzie.

Penso che non si possano avere dubbi riguardo al fatto che questa sia la strada da percorrere se si vuol raggiungere l'obiettivo di rendere praticabile l'ultima frontiera di intervento di fine vita rappresentata dall'aiuto attivo a morire, fornendo solide garanzie alle persone malate, ma al tempo stesso, garanzie e sicuri criteri di orientamento anche ai sanitari, chiamati a porre in essere atti senz'altro da collocare nella cornice del mandato di cura ridefinito dalla crescente centralità acquisita dal sollievo dalla sofferenza, ma pur sempre oggetto di un divieto per lunga tradizione ribadito dalla deontologia medica.

Si comprende, allora, quale rilievo assuma, in sede dell'auspicata disciplina legislativa, la previsione di procedure per l'accertamento dei requisiti per accedere all'aiuto medico a morire pensate per rispondere ai bisogni del malato e realizzarne il miglior interesse, preservandolo dagli abusi, così come la predisposizione di percorsi, che possano essere agevolmente seguiti, dal momento della richiesta dell'intervento fino alla sua realizzazione, grazie alla chiara individuazione delle strutture assistenziali e delle figure mediche coinvolte, così come dei contesti nei quali gli interventi possono essere messi in atto.

Anche a questo riguardo il legislatore trova nella decisione della Corte, ovviamente con esclusivo riferimento alla fattispecie, ivi considerata, del suicidio assistito, indicazioni dalle quali sarà bene che la disciplina legislativa prenda le distanze, prospettando soluzioni alternative, o delle quali sarà altresì bene che eviti il possibile impatto limitativo, introducendo opportune specificazioni e integrazioni. Dovendo, in questa sede, circoscrivere le considerazioni in proposito a pochi cenni, mi limito a rilevare che la presa di distanza è auspicabile in relazione alla messa in campo dei comitati etici territorialmente competenti, il cui coinvolgimento nell'accertamento delle condizioni per l'accesso all'aiuto a morire, rischierebbe, data l'attuale configurazione di questi organismi nel contesto italiano, di comportare allungamenti dei tempi pregiudizievole per gli interessati, senza dare maggiori garanzie della più agile procedura di un ulteriore parere indipendente formulato da uno o più medici, ad integrazione del parere del medico de-

stinatario della richiesta¹⁹. Le specificazioni e le integrazioni da considerarsi opportune sono, invece, quelle relative alla “struttura pubblica del servizio sanitario nazionale”, che la Corte investe del controllo sulle condizioni di praticabilità del suicidio assistito, senza specificare se rappresenti anche il contesto nel quale deve necessariamente essere attuato.

Non vi sono, innanzitutto, valide ragioni per escludere il coinvolgimento delle strutture convenzionate con il servizio sanitario nazionale. D'altra parte, affinché questo possa offrire su tutto il territorio nazionale la più estesa garanzia ai soggetti interessati, va previsto che tutte le procedure, da inserire tra i livelli essenziali di assistenza (LEA), possano aver luogo, oltre che nei contesti ospedalieri, nell'ambito delle strutture assistenziali territoriali, e che, se il paziente lo desidera e le sue condizioni lo consentono, l'aiuto medico a morire possa essere effettuato presso il suo domicilio.

Nell'avviare a conclusione l'analisi realizzata nelle pagine di questo contributo, torna, infine, opportuna qualche, sia pur rapida, considerazione a proposito di un'ulteriore questione che non può rimanere estranea alla disciplina legislativa dell'aiuto a morire, vale a dire la questione dell'obiezione di coscienza del medico, e degli altri operatori sanitari coinvolti, posti, come si è in precedenza osservato, di fronte a un intervento tradizionalmente considerato estraneo al mandato della medicina. Si tratta di questione che, come la Corte opportunamente sottolinea, non si pone in presenza di una sentenza che sancisce, alle condizioni specificate, la non punibilità dell'aiuto a suicidio, «senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici» (s. n. 242/2019, § 6). Assai diversa sarebbe la situazione in presenza di una legge che riconoscesse agli individui irrimediabilmente sofferenti per una patologia incurabile il diritto di essere aiutati a morire. In questo caso, l'obiezione di coscienza, che non è stata né poteva, senza intaccarne l'impianto²⁰, essere prevista dalla l. n. 219/2017 in relazione al rifiuto del trattamento salvavita, dovrebbe essere prevista a salvaguardia dei convincimenti morali dei medici e/o degli infermieri che lo coadiuvino, in ragione del rapporto specifico e diretto tra gli atti, che, in attuazione della volontà del paziente, sarebbero chiamati a porre in essere, e l'evento morte, che ne costituirebbe l'effetto. Nel riconoscere ai sanitari il diritto di

¹⁹Una soluzione, questa, a favore della quale si pronuncia anche il “Gruppo Biodiritto” nel par. 8 del documento cit. *supra* nella nota n. 17.

²⁰Cfr. P. BORSELLINO, *La legge n. 219/2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni Anticipate di trattamento: una risposta normativa orientata al superamento dei conflitti”*, par. 4 *Obiezione di coscienza. Un'assenza giustificata, anzi dovuta*, W. P. La.b, L.P.F. 3, 2019, consultabile in centroinaudi.it.

sollevare obiezione, il legislatore dovrebbe, tuttavia, prevedere meccanismi idonei a prevenire gli abusi, che la l. n. 194/78, non è riuscita a evitare, nonostante le condizioni alle quali, all'art. 9, ha subordinato l'obiezione alle pratiche di interruzione di gravidanza²¹. Resta, infatti, fermo che la tutela che la coscienza, e quindi l'integrità morale degli operatori sanitari, così come di ogni altro individuo, può ottenere nello Stato democratico, incontra un limite inderogabile nell'esigenza di non compromettere gli interessi individuali e collettivi alla cui tutela sono finalizzati gli obblighi cui si consente di derogare, con la forte implicazione che non vi può essere spazio per l'obiezione di coscienza là dove il suo esercizio rischia di danneggiare direttamente, o indirettamente, altri individui, impedendo loro, o rendendo più gravoso, l'accesso a prestazioni, né si può in alcun modo contemplare un'obiezione "istituzionale" in forza della quale una struttura sanitaria sia esonerata dall'attivarsi perché il diritto alle prestazioni non sia vanificato.

Dalle soluzioni adottate per la questione dell'obiezione di coscienza, così come per le altre questioni in precedenza richiamate, dipenderà l'esito della sfida che il legislatore è chiamato ad affrontare, quella di realizzare, attraverso un'adeguata disciplina legislativa del suicidio assistito e dell'eutanasia, la tappa che ancora manca per portare a termine, in relazione alla fine della vita, la compiuta trasformazione del diritto, nella quale risiede la condizione necessaria, se pur non sufficiente, per non privare nessun individuo malato e sofferente della possibilità di concludere l'esistenza nel rispetto – come si leggeva nella sentenza del 2007 della Corte di Cassazione sul caso Englaro – del suo proprio "modo di concepire ... l'idea stessa di dignità della persona". Non si tratta di certo di una sfida facile, ma i tempi sono maturi e, per quanto l'ultimo miglio sia il più faticoso da percorrere, v'è da auspicare che non si perda di vista che vincere quella sfida rimane di prioritaria importanza, non meno di quanto lo sia la sfida di poter contare su un'assistenza sanitaria che la politica metta al centro non solo nelle situazioni di emergenza, ma ponga, sempre e comunque, in condizione di garantire la salute, offrendo le più appropriate risposte terapeutiche.

²¹ Cfr. P. BORSELLINO, *Bioetica tra "moralì" e diritto*, cit., cap. 8, *Le regole per la procreazione*, 334-345.