

Il suicidio assistito nella prospettiva del giudice civile. Problemi giuridici ed etici.

SOMMARIO: 1. Il caso. - 2. Il suicidio assistito: le diverse posizioni in bioetica. - 3. La legge 22 dicembre 2017, n. 219. - 4. La sentenza della Corte Costituzionale 22 novembre 2019, n. 242. - 5. L'attuale quadro normativo. - 6. La decisione. - 7. Quali le prospettive?

1. Il caso.

A seguito di un incidente subito alcuni anni prima, Sempronio è rimasto tetraplegico. E' alimentato e idratato artificialmente e dipende totalmente da altri. La sua condizione è irreversibile.

Trovandosi nelle condizioni indicate nella sentenza della Corte Costituzionale n. 242 del 2019, chiede all'ASL di riferimento, all'esito degli accertamenti previsti dagli artt.1 e 2 della l. 219 del 2017, di accedere al suicidio assistito attraverso la prescrizione di un farmaco letale.

Avendo la ASL risposto con un diniego, Sempronio ricorre al competente Tribunale, instaurando procedimento d'urgenza con la richiesta che sia ordinato all'azienda sanitaria di prescrivergli il farmaco, al fine di assumerlo per porre fine alla sua vita.

2. Il suicidio assistito: le diverse posizioni in bioetica.

Il caso presenta la situazione tragica, lacerante, all'apice della sofferenza umana, di una persona che, per liberarsi dall'insopportabile condizione in cui è costretta a vivere, chiede di porre termine alla propria esistenza.

Ricorrono le fattispecie del suicidio assistito e dell'eutanasia quando nell'atto di anticipare o di provocare la morte su richiesta al fine di eliminare la sofferenza, interviene il coinvolgimento di altri.

Nel suicidio assistito, l'atto che determina la morte è posto in essere dalla persona stessa (tipiche modalità esecutive: pillola per morire, bevanda letale, dispositivo idoneo attivabile dallo stesso soggetto), sebbene con il necessario apporto di un altro, solitamente un medico che prescrive o rende disponibile il farmaco. In tal caso, si configura il suicidio medicalmente assistito.

Nell'eutanasia, invece, l'atto che provoca il decesso è compiuto da un altro soggetto (tipica modalità esecutiva è l'iniezione letale).

I problemi etici, bioetici e biogiuridici sollevati dal suicidio medicalmente assistito, data l'incompatibilità tra la richiesta di porre fine alla propria esistenza con l'aiuto di altri e il bene della vita umana, oggetto di tutela, sono, con tutta

evidenza, estremamente complessi e delicati, avendo a che fare con la vita umana e con la morte.

Esistono molte differenti opinioni e prospettive diverse, anche antitetiche, che, procedendo per semplificazioni, potremmo delineare come segue⁽¹⁾.

Una prospettiva contraria alla legittimazione, sia etica che giuridica, del suicidio medicalmente assistito si fonda sul presupposto che la difesa della vita umana debba essere affermata come principio essenziale in bioetica. Si sottolinea che il compito inderogabile del medico sia l'assoluto rispetto della vita dei pazienti e che il consentire di agevolarne la morte comporti un'inaccettabile trasformazione del paradigma del "curare e prendersi cura".

La prospettiva invece favorevole sul piano morale e giuridico alla legalizzazione del suicidio medicalmente assistito evidenzia la necessità di un bilanciamento tra la tutela della vita e l'autodeterminazione del paziente e la dignità della persona, parimenti costituzionalmente rilevanti, attraverso condizioni e procedure idonee a garantire sia il paziente che il medico.

Altre opinioni paventano concreti rischi di un "pendio scivoloso", a cui porterebbe la depenalizzazione o la legalizzazione del suicidio medicalmente assistito. Un singolo atto di assistenza al suicidio, per quel singolo paziente, in quella specifica condizione estrema, può anche essere in via di eccezione giustificato moralmente e non essere penalmente perseguibile. Diverso invece sarebbe regolare per legge il suicidio assistito passando per la generalità e l'astrattezza, senza poter porre una chiara linea di demarcazione tra sofferenza fisica e sofferenza psichica, stanchezza di vivere e rifiuto della vita. Non può sottovalutarsi il rischio di gravi abusi che potrebbe conseguire al consentire di assistere il suicidio, anche a ben precise condizioni.

3. La legge 22 dicembre 2017, n. 219.

La legge 22 dicembre 2017, n. 219: "*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*", entrata in vigore il 31 gennaio 2018, contempla un'articolata disciplina dell'autodeterminazione terapeutica.

Ma fino a che punto può spingersi l'autodeterminazione?

Può il paziente rivendicare il diritto di essere aiutato a morire?

Emerge la necessità di distinguere le varie fattispecie e soprattutto di rinvenire un limite ad un'autodeterminazione che, se concepita come indiscriminata, è capace di mettere in crisi il ruolo e i fini del diritto.

La legge riconosce il diritto di rifiutare o di rinunciare a qualsiasi trattamento sanitario, anche se necessario alla propria sopravvivenza, ivi compresi idratazione e nutrizione artificiali, che come trattamenti sanitari vengono ivi espressamente qualificati.

(1) Cfr. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, Parere, 18 luglio 2019. Per i vari orientamenti dei giuristi cfr. Dossier *Il fine vita e il legislatore pensante*, in www.giustiziasieme.it, febbraio - aprile 2021.

Ne consegue il dovere del medico – a cui non è riconosciuta l'obiezione di coscienza - di «rispettare la volontà del paziente» e, in conseguenza di ciò, è riconosciuto «esente da responsabilità civile o penale» (art. 1.6).

D'altro canto la legge precisa che il medico non ha obblighi professionali a fronte di richieste di trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico - assistenziali che dovessero essere avanzate dal paziente.

La legge consente, pertanto, al paziente di lasciarsi morire rifiutando o rinunciando ai trattamenti sanitari, ma non di pretendere un aiuto per darsi la morte attraverso farmaci idonei a provocarla, che risulterebbero contrari a norme di legge, configurando la condotta del medico il reato di cui all'art. 580 c.p. ("Istigazione o aiuto al suicidio").

Al riguardo è necessario tuttavia interrogarsi sulla possibile incidenza della sentenza della Consulta nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. sul disposto della l. 219 del 2017. La Corte costituzionale ridisegna ed estende i confini tracciati dalla Legge 219/2017?

4. La sentenza della Corte Costituzionale 22 novembre 2019, n. 242.

Con sentenza 25 settembre - 22 novembre 2019, n. 242, la Corte Costituzionale, ha dichiarato "*l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) - ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi di cui in motivazione - agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente*".

La Consulta ha precisato che l'incriminazione dell'aiuto al suicidio "*non è, di per sé, in contrasto con la Costituzione, ma è giustificata da esigenze di tutela del diritto alla vita, specie delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento intende proteggere evitando interferenze esterne in una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio*".

Già nell'ordinanza n. 207 del 2018, che ha preceduto detta sentenza secondo la tecnica della "doppia pronuncia", la Corte aveva sottolineato il «cardinale rilievo del valore della vita», ribadendo che il diritto alla vita è il «primo dei diritti inviolabili dell'uomo» e che «dall'art. 2 Cost. – non diversamente che dall'art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto

a morire», con ciò richiamando le motivazioni espresse dalla Corte europea dei diritti dell'uomo nella sentenza resa per il "caso Pretty"⁽²⁾.

Sembra che la Corte parta dal presupposto che a quel paziente, in quella specifica condizione, la legge riconosca già il diritto di rinunciare al trattamento sanitario che lo mantiene in vita, ottenendo per questa via la morte. Non dovrebbe quindi essergli precluso il suicidio assistito che, abbreviando i tempi del morire, anticiperebbe di poco un decesso che interverrebbe comunque.

Da una parte, pertanto, ferma restando la conformità alla Costituzione della fattispecie generale e astratta dell'aiuto al suicidio, di cui viene ribadito il divieto, la Corte delinea un'eccezione⁽³⁾⁽⁴⁾, circoscrivendola entro determinati limiti, che si premura di indicare.

Dall'altra, non può sfuggire che la pronuncia determini un passaggio epocale dal "lasciar morire", già recepito e riconosciuto come diritto del paziente dalla l. n. 219 del 2017, all'aiuto a morire, ora non punibile sussistendo le condizioni indicate nella sentenza e nel rispetto del procedimento ivi delineato.

5. L'attuale quadro normativo.

Molti sono i problemi di interpretazione ed applicazione del quadro normativo, non del tutto definito, che ne risulta.

Perché sia considerato legittimo il suicidio assistito, è necessaria una verifica previa della sussistenza dei presupposti individuati dalla Corte.

Nella sentenza n. 242 del 2019 viene fatto esplicito richiamo alla procedura "medicalizzata" delineata dalla l. n. 219 del 2017.

Saranno pertanto i medici - precisa la Consulta, appartenenti a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale - a dover verificare sia la volontà del richiedente, capace di prendere decisioni libere e consapevoli, che l'irreversibilità della patologia, l'intollerabilità per il paziente delle sofferenze fisiche o psicologiche, la dipendenza da trattamenti di sostegno vitale.

La volontà del paziente deve essere espressa con le modalità previste dall'art. 1, commi 4 e 5, della l. n. 219 del 2017 per il consenso informato, documentata in forma scritta o con videoregistrazioni o altri dispositivi che consentano al malato di comunicare e inserita nella cartella clinica.

(2) Con sentenza del 29 aprile 2002, la Corte EDU, nel respingere il ricorso proposto da Diane Pretty, cittadina britannica che chiedeva di poter essere assistita nel suicidio, sanciva la preminenza del diritto alla vita previsto dall'art. 2 della CEDU, «*senza il quale è vano il godimento di qualsiasi altro diritto o libertà garantiti dalla Convenzione*», precisando che la norma non può contenere un diritto - quello di morire - che si presenta come diametralmente opposto a quello che protegge, né può riconoscere un diritto all'autodeterminazione tale da consentire alle persone di scegliere di morire piuttosto che di vivere.

(3) Sul punto, cfr. A. NICOLUSSI, *Lo sconfinamento della Corte costituzionale: dal caso limite della rinuncia a trattamenti salva-vita alla eccezionale non punibilità del suicidio medicalmente assistito*, in *Corti supreme e salute* 2019, 2, 201 ss.

(4) Con sentenza del 27 luglio 2020, la Corte di assise di Massa interpreta estensivamente la definizione di "trattamenti sostegno vitale" fino a ricomprendervi «*qualsiasi tipo di trattamento sanitario, sia esso realizzato con terapie farmacologiche o con l'assistenza di personale medico o paramedico o con l'ausilio di macchinari medici*» o «*qualsiasi trattamento sanitario interrompendo il quale si verificherebbe la morte del malato anche in maniera non rapida*».

Sempre secondo il disposto della l. n. 219 del 2017, il medico è tenuto a prospettare al paziente le conseguenze della sua decisione e le possibili alternative, promuovendo ogni azione di sostegno, anche psicologico.

Dovranno altresì i medici accertare l'avvenuto coinvolgimento del malato in un percorso di cure palliative, che la Corte individua come una sorta di prerequisito, sottolineando *«l'esigenza di adottare opportune cautele affinché l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza [...], in accordo con l'impegno assunto dallo Stato con la citata legge n. 38 del 2010»*.

La Corte integra il procedimento medicalizzato contemplato dalla l. n. 219 del 2017 anche con l'intervento del competente Comitato etico, onde garantire la tutela di situazioni di particolare vulnerabilità.

Al fine di evitare abusi, la Consulta prevede inoltre che spetti a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale la verifica delle modalità di esecuzione dell'aiuto al suicidio, che devono essere tali da garantire la dignità del paziente e da evitargli sofferenze.

Tra spazi lasciati aperti (non si precisa, ad esempio, se il parere del Comitato etico sia o meno vincolante) e prescrizioni che suscitano perplessità (come la verifica delle modalità di esecuzione dell'aiuto al suicidio, demandata alle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale così come lo stesso aiuto al suicidio), emerge con preponderanza la questione centrale: può il paziente, capace e consapevole, con patologia irreversibile, sofferenze per lui intollerabili, dipendente da trattamenti di sostegno vitale, che intende porre fine alla propria esistenza, pretendere, secondo le modalità indicate, l'aiuto a morire dalla struttura sanitaria pubblica?

6. La decisione.

Il caso è tratto da una pronuncia del Tribunale di Ancona emessa il 26 marzo 2021.

Con ricorso ex art. 700 c.p.c., il ricorrente chiede che venga *«ordinato all'azienda sanitaria resistente di prescrivergli, all'esito degli accertamenti previsti dagli artt. 1 e 2 della L. 219/2017, il farmaco Triopentone sodico affinché egli possa assumerlo e porre fine alla propria esistenza secondo una modalità "rapida, efficace non dolorosa"»*.

Richiamando la sentenza n. 242 del 2019 della Corte Costituzionale, il Tribunale ha sancito che non sia stato riconosciuto al paziente il diritto alla prescrizione del farmaco letale, evidenziando che *«nel caso di specie, la pronuncia ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del solo articolo 580 c.p., peraltro nei peculiari limiti sopra illustrati. Non sussistono quindi motivi per ritenere che, individuando le ipotesi in cui l'aiuto al suicidio può oggi ritenersi penalmente lecito, la Corte abbia fondato anche il diritto del paziente, ove ricorrano tali ipotesi, ad ottenere la collaborazione dei sanitari nell'attuare la sua decisione di porre fine alla propria esistenza; né può ritenersi che il riconoscimento*

dell'invocato diritto sia diretta conseguenza dell'individuazione della nuova ipotesi di non punibilità».

Con queste motivazioni il Tribunale ha respinto il ricorso.

La pronuncia ha suscitato un certo clamore mediatico.

La decisione appare corretta e contribuisce a chiarire il quadro normativo incerto e di difficile interpretazione che discende dall'innovativa sentenza della Consulta.

Il caso è stato risolto in modo conforme alla normativa vigente e alla sentenza della Corte Costituzionale, che si limita a sancire la non punibilità dell'aiuto al suicidio, ricorrendo le specifiche condizioni indicate, senza riconoscere un diritto al suicidio assistito in capo al paziente e senza corrispondentemente prevedere alcun obbligo di procedere a tale aiuto da parte dei medici.

Quanto sopra emerge già dal dato letterale della sentenza della Consulta.

Con riferimento all'aiuto al suicidio la Corte si esprime in termini di "richiesta" del paziente - e non di diritto - richiesta che il medico sarebbe chiamato, se ritiene, ad esaudire, ma non si configura un suo obbligo. La sentenza infatti precisa che si intende *«escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici».*

La Corte costituzionale peraltro riconosce nella sentenza al medico l'obiezione di coscienza, non contemplata dalla l. n. 219 del 2017, pur prevedendo la legge, come già rilevato, diritti del paziente ed obblighi da parte del medico.

Eloquente al riguardo è anche la precisazione che *«dal diritto alla vita, garantito dall'art. 2 CEDU, non possa derivare il diritto di rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire».*

Altro argomento tale da escludere l'aiuto al suicidio come diritto è la distinzione istituzionale dei ruoli della Corte Costituzionale e del Parlamento⁽⁵⁾. Se la Consulta, che ha già emesso, stante l'inerzia del Parlamento, una sentenza di accoglimento manipolativo, avesse effettivamente delineato un "diritto" al suicidio assistito, si sarebbe indebitamente e gravemente sostituita al legislatore.

In attesa dell'intervento del Parlamento, il suicidio assistito era e resta fattispecie penale, ora non punibile, previa sussistenza e verifica dei presupposti, se dovesse essere compiuto nel rigoroso rispetto delle modalità indicate dalla Corte. Trattandosi di fattispecie eccezionale e circoscritta è da ritenersi, in quanto tale, insuscettibile di estensioni.

Secondo la prospettiva civilistica, nessun diritto all'aiuto al suicidio attraverso la prescrizione di farmaco letale può rivendicare il paziente nei confronti dell'azienda sanitaria, né l'azienda sanitaria ha l'obbligo di provvedere alla prescrizione del farmaco letale.

(5) Al riguardo, con riferimento alla sentenza n. 242 del 2019, cfr. A. RUGGERI, *Rimosso senza indugio il limite della discrezionalità del legislatore, la Consulta dà alla luce la preannunciata regolazione del suicidio assistito (a prima lettura di Corte cost. n. 242 del 2019)*, in www.giustiziainsieme.it, 27 novembre 2019.

Resta il fatto che il procedimento medicalizzato prodromico all'aiuto al suicidio è disciplinato dalla l. n. 219 del 2017 e pertanto il suicidio assistito investe anche la prospettiva civilistica, sebbene limitatamente alla verifica dei presupposti e al rispetto delle modalità.

7. Quali prospettive?

Non si possono escludere per il futuro diversi scenari.

Vero è infatti che la Corte costituzionale ipotizza che la disciplina dell'aiuto al suicidio "depenalizzato" potrebbe essere dal Parlamento «*introdotta, anziché mediante una mera modifica della disposizione penale di cui all'art. 580 cod. pen., in questa sede censurata, inserendo la disciplina stessa nel contesto della legge n. 219 del 2017 e del suo spirito, in modo da inscrivere anche questa opzione nel quadro della "relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico", opportunamente valorizzata dall'art. 1 della legge medesima*».

La legge n. 219 del 2017 riconosce il diritto al rifiuto e alla rinuncia dei trattamenti terapeutici anche necessari alla sopravvivenza del paziente, con conseguente obbligo del medico di accondiscendere alle richieste del malato, senza peraltro poter invocare l'obiezione di coscienza.

Se il più volte invocato intervento del Parlamento in materia di aiuto al suicidio si realizzasse nel senso prospettato, la disciplina muterebbe radicalmente.

L'ampliamento del campo di applicazione della l. n. 219 del 2017 alla fattispecie depenalizzata di aiuto al suicidio, secondo quanto auspicato dalla Corte, avrebbe come conseguenza, nell'ambito di un diritto all'autodeterminazione per i trattamenti sanitari di più ampia portata, il riconoscimento del diritto all'aiuto al suicidio, sebbene secondo la fattispecie circoscritta, con conseguente obbligo del medico e delle aziende sanitarie di prescrivere farmaci letali, senza poter far ricorso all'obiezione di coscienza.

Questo rappresenterebbe un ulteriore - forse definitivo - passaggio, dopo la legalizzazione del rifiuto e della rinuncia ai trattamenti sanitari, compresi nutrizione e idratazione artificiali e la depenalizzazione dell'aiuto al suicidio nella fattispecie delineata, tale da determinare lo "scivolamento" per tappe successive verso la legalizzazione del suicidio assistito e anche dell'eutanasia nel nostro Paese.

Non può non notarsi, peraltro, un orientamento europeo in tal senso, dal momento che, dopo Svizzera (suicidio assistito), Paesi Bassi e Lussemburgo (eutanasia e suicidio assistito) e Belgio (eutanasia), l'"effetto domino" ha recentemente registrato l'approvazione della legge portoghese (eutanasia e suicidio assistito) (bloccata dalla Corte costituzionale) e di quella spagnola (eutanasia e suicidio assistito).