



TRIBUNALE DI MILANO
SEZIONE DEI GIUDICI PER LE INDAGINI PRELIMINARI
E DELL'UDIENZA PRELIMINARE

Il Giudice per le Indagini Preliminari, dott.ssa **Sara Cipolla**,

letta la richiesta di archiviazione avanzata dai sigg.ri Pubblici Ministeri dott.ssa Tiziana Siciliano e dott. Luca Gaglio in data _____,

nei confronti di **CAPPATO Marco**, nato a Milano 25.5.1971, residente _____
, elettivamente domiciliato presso il difensore di fiducia Avv. Filomena Gallo, difeso di fiducia dall'Avv. Filomena GALLO del Foro di Roma, con studio in Roma,
pec : _____ - presso il cui studio è
domiciliato e dall'Avv. Tullio PADOVANI del foro di Pisa,

INDAGATO

- per i reati p. e p. dall'art. 580 c.p., commessi
- in data _____ nei confronti della persona offesa
 - in data _____ nei confronti della persona offesa

visto il provvedimento del Presidente della Sezione Gip- Gup presso il Tribunale di Milano in data _____ di assegnazione del procedimento alla sottoscritta.

osserva

il presente procedimento prende avvio dalle denunce sporte da Marco Cappato – tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni” – il quale presentatosi, in data _____ e in _____ presso i Carabinieri di Milano. Stazione di Milano Duomo Principale, dichiarava di aver accompagnato _____ ove gli stessi avevano programmato, in apposite strutture autorizzate, il proprio fine vita avvenuto mediante auto-somministrazione di farmaco attraverso la procedura di suicidio assistito.

Disposta la riunione stante la connessione soggettiva e oggettiva per continuazione dei fatti oggetto dei procedimenti, i sigg.ri Pubblici Ministeri – espletati i necessari approfondimenti istruttori - ne richiedevano l'archiviazione ritenendo che gli elementi acquisiti agli atti non consentivano di formulare una ragionevole prognosi di condanna.

Gli elementi fattuali che scandiscono i tempi della presente vicenda giudiziaria emergono dagli atti d'indagine con precisione riferiti dall'organo inquirente alla cui ricostruzione può essere fatto riferimento.

I fatti

Il decesso di

“La signora _____ si era sottoposta in data _____ ad accertamenti clinici a seguito di una sintomatologia caratterizzata da modesta tosse, astenia e febbricola che la affliggeva da un paio di mesi. La diagnosi appariva sin dalla prima TAC di estrema gravità: un microcitoma polmonare, già diffuso in plurimi organi, che lasciava ben poche speranze (_____).

La signora _____ pur pienamente consapevole della prognosi infausta, accettava, su insistenza dei familiari, di sottoporsi a chemioterapia, mossa soprattutto dalla preoccupazione che una metastasi raggiungesse l'encefalo, privandola delle sue capacità fisiche e cognitive.

L'iniziale beneficio della chemioterapia, assai mal tollerata dalla paziente, era comunque di breve durata. Passati pochi mesi la malattia si ripresentava ancora più aggressiva interessando l'encefalo, i reni, il cuoio capelluto (vedasi referto _____ stilato sempre presso _____).

In data _____ i medici proponevano alla paziente un nuovo e più intenso ciclo chemioterapico che la stessa rifiutava, nella convinzione della assoluta inutilità della terapia se non al solo fine di rallentare l'exitus della malattia: veniva quindi suggerita dai curanti l'attivazione _____ tramite il medico di medicina generale (_____).

La sig.ra _____ a quel punto, dichiarando che non intendeva essere ricoverata e/o supportata nelle sue funzioni vitali da macchinari, chiedeva di essere sottoposta a sedazione profonda ricevendo tuttavia dai curanti risposta negativa dal momento che tale strada avrebbe potuto essere percorsa solo nel caso fosse stata “assistita ed ancorata a supporto vitale meccanico” (_____).

La malattia progrediva dolorosamente nonostante la prosecuzione dell'immunoterapia.

Un carcinoma squamoso al cuoio capelluto (asportato), secondario all'originario microcitoma, l'aveva costretta ad un innesto cutaneo che, a causa della malattia, non attecchiva lasciandole un'ampia esposizione ossea alla base del cranio.

Nel frattempo, comparivano nuove formazioni in area addominale mentre quelle precedenti, soprattutto a carico del polmone, si espandevano cagionandole gravi problemi respiratori, soprattutto notturni.

La malattia aveva ormai raggiunto un'estensione tale che nessun trattamento radioterapico appariva proponibile.

_____ la signora, accompagnata dal marito, suo fiduciario, presentava in Comune le DAT con espresso rifiuto di terapie salvavita.

Già dal mese di _____ aveva iniziato in autonomia una ricerca su internet per individuare strutture che offrissero un accompagnamento al fine vita volontario (cfr. dichiarazioni rese a s.i.t. dal marito _____ dichiarandosi, inequivocabilmente, contraria a cure palliative a lungo termine).

Dalla documentazione clinica, da quella olografa (“diario testamentale”) e dalle s.i.t. rese dal marito _____ sapendo di essere affetta da una malattia incurabile, per l'esperienza personale acquisita attraverso l'assistenza prestata ai familiari,

“aveva avuto una chiara rappresentazione di quanto fosse atroce morire per soffocamento” e voleva cessare di vivere quando ancora aveva la possibilità di scegliere e di evitare una lunga agonia. Dagli scritti olografi si intuisce inoltre anche la volontà di non gravare i suoi parenti più stretti, che l'avevano e l'avrebbero accudita, di ulteriori sofferenze.

Dopo una lunga ricerca, la _____ optava per la struttura svizzera _____ e, dopo aver preso accordi con quest'ultima, contattava Marco Cappato che le offriva la sua disponibilità ad accompagnarla in Svizzera, attesa la sua incapacità a spostarsi autonomamente.

Come da accordi, Cappato prelevava in auto _____ nel giorno concordato e la accompagnava presso la Clinica _____ ove la sua domanda – in esito ad accurato iter di verifica delle condizioni poste dalla legislazione svizzera- era stata accettata.

La signora _____ lecedeva, a seguito di auto somministrazione di un farmaco letale,

Il decesso di

I problemi di salute di _____ compaiono tra la fine dell'anno _____ e l'inizio _____ palesandosi con cadute ingiustificate e rallentamento motorio. “A seguito di risonanza magnetica (_____) e di visita neurologica _____ i medici diagnosticavano una “vasculopatia ischemica cerebrale diffusa con importante atrofia corticale sovra/sotto tentoriale. All'esame obiettivo della visita neurologica vengono anche accertati segni di disfunzione extrapiramidale (ipertonico plastico arto superiore sinistro c.d. arto alieno, deambulazione rallentata a piccoli passi) e disturbi della deglutizione (scialorrea e presenza di eccessiva saliva in bocca)” (referto neurologo _____)

La malattia, identificata in un Parkinson Atipico, progrediva velocemente, costringendo _____ ad un'assistenza continua per vestizione, igiene personale e nutrizione. Anche i più piccoli gesti - quali abbottonarsi la camicia, farsi la barba - risultavano irrealizzabili, rivelando un'incapacità di eseguire compiti motori intenzionali nonostante la volontà e la conservata capacità fisica, quale conseguenza di un danno cerebrale.

_____ presso gli _____ iniziava un percorso riabilitativo con progetto complessivo di riabilitazione del deficit volto al “rinforzo del controllo posturale, automatismi, schema del passo, prevenzione cadute ed un programma neuromotorio per incremento stenico, propriocettivo, recupero reazioni posturali”, nonché un percorso per l'autosufficienza destinato “all'incremento della sicurezza nelle ADL, incremento delle autonomie con oggetti della vita quotidiana modificati, valutazione ausili”.

Nelle more dello sviluppo del programma veniva sottoposto a test in esito ai quali emergevano anche evidenti problemi di deglutizione, peggioramento progressivo motorio (sindrome arto alieno sx) con perdita di autonomia nei passaggi posturali.

Benchè sottoposto a trattamento riabilitativo fisico e logopedico, in _____ si palesava una progressiva perdita dell'autonomia in tutte le attività quotidiane (come si evince dal peggioramento dei punteggi nelle scale di valutazione) e progressive difficoltà nella scrittura.

Nonostante il grave decadimento fisico, _____ conservava la capacità cognitiva risultando vigile ed orientato nel tempo e nello spazio; utilizzava il computer in autonomia, collaborando ancora con la rivista per la quale scriveva (relazione del c.t. neurologico _____)

In data _____ a causa della frattura – avvenuta in ambito domestico per una caduta accidentale- del femore destro, il _____ veniva ricoverato presso _____ in previsione di un intervento per la riduzione della stessa, eseguito in data _____

L'inarrestabile e rapido peggioramento di _____ è comprovato anche da un documento sottoscritto dal medico neurologo _____ in data _____ la quale, nel diagnosticare una disfagia in parkinsonismo, indicava per _____ la necessità di nutrizione enterale con fabbisogno giornaliero di 8 vasetti di acqui- _____ die. non essendo egli più in grado di assumere autonomamente liquidi. Solo la dedizione della moglie _____

che continuerà a cucinare e sminuzzare il cibo rendendolo omogeneizzato accompagnato da acquagel, permetteva a di continuare a cibarsi con quanto gli veniva preparato (vedasi verbale di s.i.t. rese dalla alla di questa Procura il presso la sua abitazione, essendo lei stessa affetta da grave patologia).

Dopo la frattura al femore, non riprenderà più a camminare: non essendo più in grado nemmeno di utilizzare il "girello" (cd walker), era costretto ad avvalersi di una sedia a rotelle per qualsiasi spostamento - e per sempre (

All'esito della visita neurologica effettuata in data presso gli il medico di riferimento certificava nel modo che segue la gravità delle condizioni di salute di "degenerazione cortico-basale e disautonomia con ricorrenti episodi sincopali a cui si associano postumi di prostatectomia parziale. Scoliosi sinistro-convessa con importante spondiloartrosi, discopatia dorso-lombare e cervicale inferiore, postumi di recente frattura della testa del femore ridotta chirurgicamente. Tali condizioni determinano: aprassia, disartria (perdita della capacità di articolare le parole in modo normale), disfagia, apatia, deficit della postura, deficit dell'equilibrio, deficit del cammino, cadute ricorrenti con traumatismi, deficit del linguaggio, deficit della memoria e degli orientamenti, movimenti involontari (c.d. "arto alieno") perdita delle autonomie relative alla cura della persona, all'igiene, all'abbigliamento, agli spostamenti intra ed extra domiciliari, alla gestione del denaro e delle scelte, alla vita di relazione, necessità di assistenza diretta intensa e continuativa per le attività di vita quotidiana e di relazione. Il quadro clinico descritto, per la natura neurodegenerativa della malattia, la scarsa responsività dei sintomi ai trattamenti farmacologici normalmente utili in altri parkinsonismi, non è suscettibile di significativi miglioramenti, né a breve né a lungo termine, nonostante gli adeguati interventi terapeutici farmacologici e riabilitativi e comporta la costante necessità di assistenza da parte di terzi".

Il quadro, già drammatico, subiva un ulteriore e progressivo peggioramento: in data contraeva il virus SARS - Covid 19, a seguito del quale, secondo quanto riferito dalla vedova, lo stesso era stato definitivamente condannato all'immobilità ed all'allettamento.

La rivalutazione neurologica effettuata in data dal presso, così concludeva: "nel corso dei mesi peggioramento della abilità motorie, con attuale persistenza in carrozzina per gli spostamenti e impossibilità alla deambulazione, con riferito incremento della rigidità disartria e bradilalia (anomalo rallentamento dell'espressione verbale) ma sfera cognitiva apparentemente preservata con partecipazione alle attività famigliari per quanto possibile, mantiene interesse per l'attualità mediante la televisione (...). Paziente lucido orientato su spazio e tempo disartria marcata oftalmoplegia (paralisi della muscolatura dei bulbi oculari) Conclusioni: parkinsonismo atipico, il paziente necessita di assistenza continuativa, pur con un quadro cognitivo che, per quanto valutabile, appare globalmente conservato".

La gravità -progressivamente ed inarrestabilmente peggiorativa- delle condizioni di salute di si desume altresì dalla documentazione clinica riportata nell'elaborato del consulente tecnico del P.M.

Diario Cure palliative domiciliari VIVISOL Home Care Services

si riportano i dati relativi alle scale di valutazione effettuate durante il periodo assistenziale. Area di comunicazione (scala di Bernardini): Grave → comunicazione molto compromessa, si ottengono risposte solo con domande che prevedono risposte sì/no e fornendo facilitazioni contestuali e gestuali. Area cognitivo-comportamentale: lucido, orientato, funzioni psichiche e percezione sensoriale nella norma. Area clinica: nella norma respirazione e funzione cardiovascolare, presenza di disfagia, incontinenza urinaria e fecale. Scala di Norton: condizione clinica discreta, mentalmente sveglio e cosciente, costretto a letto, immobile, incontinenza urinaria e fecale → stato di terminalità non oncologica. Scala di Barthel: punteggio pari a 0 (zero), indicativo di totale dipendenza nelle ADL (Activities of Daily Living, sono le attività che un individuo adulto compie in autonomia e senza il bisogno di assistenza per sopravvivere e prendersi cura di sé). Scala di Braden: percezione sensoria limitata, ridotta capacità di

comunicare disagio, dolore, necessità di cambiare posizione; occasionalmente bagnato (cambio lenzuola una volta al giorno; allettato e completamente immobile; nutrizione adeguata (omogeneizzati), richiede assistenza per movimenti e riposizionamenti nel letto (punteggio 12, indicativo di rischio medio/elevato). Scala di Karnofsky: severamente disabile. Da segnalare, inoltre, dolori diffusi da allettamento, per i quali assumeva Tachidol, e presenza di ulcere cutanee 1° e 2° stadio. Dalla lettura del diario delle numerose visite effettuate dal medico palliativista nel periodo _____ si evince come il paziente e la moglie fossero consapevoli del quadro clinico. Durante tutto il periodo assistenza _____ ha presentato spesso la necessità di essere trattato per la presenza di secrezioni bronchiali.”

_____ aveva manifestato la sua intenzione di porre fine volontariamente alla sua vita già nella primavera _____ acquisita la consapevolezza che nessuna terapia avrebbe potuto migliorare la sua condizione.

Aveva rifiutato categoricamente l'ausilio di presidi quali ad esempio la PEG per l'alimentazione forzata.

Era lucido e determinato nel non voler accettare ulteriori e maggiori sofferenze rispetto a quelle che già la vita gli stava destinando.

Aveva formulato – nella pienezza delle sue capacità cognitive- una esplicita richiesta di aiuto per realizzare quella che lui riteneva essere la fine delle sue sofferenze e soltanto in adesione a questa richiesta la moglie, in sua vece, contattava l'associazione Coscioni per avere le necessarie informazioni.

_____ incontrava Marco CAPPATO spiegandogli le ragioni della sua scelta e chiedendogli il suo aiuto. Quando anche _____ si ammalava di carcinoma al polmone che la costringeva così, forzatamente, a diminuire la sua assistenza al marito, i contatti tra il _____ e Marco CAPPATO non ebbero più intermediari.

Così, in adesione alla chiara e manifesta volontà, nel giorno concordato, Marco CAPPATO si recava in auto a prelevare _____ presso la sua abitazione e lo accompagnava presso la struttura svizzera - _____ -che aveva accettato la sua domanda.

Il sig. _____ decedeva presso tale clinica in data _____ per auto-assunzione di un farmaco letale.”

La richiesta di archiviazione della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Milano

Sulla base delle evidenze fattuali, alla luce degli elementi istruttori raccolti (verbali di s.i.t. e relazioni di consulenza tecnica) e presenti in atti, i sigg.ri Pubblici Ministeri hanno chiesto a questo Giudice di accogliere la richiesta di archiviazione presentata ritenendo che la condotta contestata all'odierno indagato rientri nell'area di non punibilità dell'art 580 cp come circoscritta dalla Corte Costituzionale con sentenza n 242/2019.

Sostengono gli scriventi PM che “una lettura costituzionalmente orientata dell'art. 580 c.p., alla luce del disposto degli artt. 2 e 32 della Carta, della sentenza n. 242/2019 Corte Cost. e del dettato della legge n. 219/2017, impone di ritenere che rientrino nell'ambito di non punibilità delineato dalla Corte anche i casi in cui – in presenza di tutti gli ulteriori requisiti - **il paziente non sia tenuto in vita per mezzo di trattamenti di sostegno vitale, in quanto egli stesso rifiuti trattamenti che – si – rallenterebbero il processo patologico e ritarderebbero la morte senza poterla impedire, ma sarebbero futili o espressivi di accanimento terapeutico secondo la scienza medica, non dignitosi secondo la percezione del malato, e forieri di ulteriori sofferenze per coloro che lo accudiscono.**

Anche in tali casi, dovrebbe ritenersi che il soggetto che - come Marco CAPPATO nei casi in esame - agevoli il suicidio di una persona affetta da malattia irreversibile e che provochi estrema sofferenza, che coscientemente e lucidamente abbia deciso di porre fine alla propria vita, e che rifiuti di sottoporsi a trattamenti di sostegno vitale futili, esercitando un diritto garantitogli dall'art. 32 Cost. e dalla legge n. 219/2007, **non violi il bene giuridico protetto dall'art. 580 c.p., ma anzi consenta il concreto**

esercizio del diritto all'autodeterminazione così come sopra delineato e positivamente presidiato, nei casi in cui il titolare del diritto non sia in grado di esercitarlo autonomamente.

Questi Pubblici Ministeri ritengono dunque che il presente procedimento debba essere archiviato in quanto la condotta dell'imputato appare riconducibile alla fattispecie di non punibilità enucleata dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 242/2019. Marco CAPPATO, infatti, ha aiutato a suicidarsi due soggetti, entrambi affetti da patologie irreversibili e destinate ad esitare con certezza nella morte degli stessi in tempo relativamente breve, fonte per loro di sofferenze psicologiche e fisiche insopportabili. Entrambi i soggetti, poi, erano capaci di intendere e di volere. È certo, inoltre, che il suicidio assistito delle persone offese sia avvenuto nel rispetto di procedure equivalenti a quelle di cui alla legge 219/2017, in conformità alla legge del luogo ove il suicidio si è verificato.

Le persone offese in questione, infine, avevano rifiutato la prossima sottoposizione a "trattamenti di sostegno vitale" che potevano scientificamente definirsi come espressione di accanimento terapeutico.

Gli scriventi ritengono, infine, che se il Giudice non ritenesse possibile accogliere l'interpretazione proposta - per cui alla sottoposizione a trattamenti di sostegno vitale debba assimilarsi il rifiuto di sottoporvisi qualora gli stessi siano futili, espressivi di accanimento terapeutico e forieri di ulteriori sofferenze per il malato e coloro che lo accudiscono -, l'unica strada praticabile rimarrebbe quella di rimettere nuovamente gli atti alla Corte costituzionale perché si pronunci sul contrasto - rilevante e non manifestamente infondato - tra il requisito sub C inteso in senso restrittivo e il parametro di cui all'art. 3 Cost."

Rilevanza della questione di legittimità costituzionale

Questo Giudice, invitata dai sigg.ri Pubblici Ministeri ad una lettura costituzionalmente orientata dell'art 580 cp, è chiamata ad applicare la nuova causa di giustificazione come delineata dalla Corte Costituzionale con sentenza n 242/2019 in presenza della quale la condotta di agevolazione al suicidio astrattamente riconducibile nell'ambito applicativo dell'art 580 cp, non è punibile.

Si ritiene tuttavia, per le ragioni che si andranno ad esporre, non riconducibile nell'ambito applicativo della scriminante procedurale e dunque, estranea alla previsione di cui all'art 408 cpp (ed al parametro di giudizio ivi contenuto), la condotta posta in essere dall'odierno indagato invero astrattamente sussumibile nell'alveo dell'art 580 cp, risultando in atti che M. Cappato ha provveduto ad accompagnare in Svizzera nelle cliniche *ut supra* citate, i sigg.ri affetti da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche assolutamente intollerabili, capaci di prendere decisioni libere e consapevoli **ma non tenuti in vita da trattamenti sanitari vitali**, nella consapevolezza che ivi avrebbero realizzato i propri propositi suicidari come è poi avvenuto.

Inquadramento giuridico della vicenda in esame: l'astratta applicabilità dell'art 580 cp

La centralità della questione afferente all'applicazione o meno della fattispecie di cui all'art 580 cp - posta nel Titolo XII del Libro II del codice penale tutelante i beni giuridici della vita e della incolumità individuale - attiene alla sussunzione o meno nell'area del penalmente rilevante della condotta di chi, come nel caso di specie, presta un mero aiuto materiale (ndr. "accompagnamento in auto") a colui che - affetto da una patologia irreversibile e dunque destinato a morte certa - intenda suicidarsi mediante auto-somministrazione di un farmaco letale (c.d. suicidio medicalmente assistito).

Nessun dubbio sussiste invero, sulla assenza nel caso, di un nesso di causalità psichica tra la condotta dell'agente e la determinazione del malato a porre fine alla propria vita;

bensi, all'opposto, è pacifico in causa che il contatto tra le odierne "persone offese" e l'imputato sia avvenuto proprio in ragione della preesistente determinazione suicidaria delle stesse.

E' certo che la condotta di agevolazione all'esecuzione del suicidio medicalmente assistito non è punibile nel nostro ordinamento ricorrendo i requisiti enucleati dalla pronuncia della Corte Costituzionale 242/2019, ossia la presenza di una patologia irreversibile che sia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche ritenute assolutamente intollerabili, la dipendenza da un trattamento di sostegno vitale, la manifestazione di una volontà libera e consapevole di rifiuto di tali trattamenti che – si – rallenterebbero il processo patologico e ritarderebbero la morte senza tuttavia poterla impedire.

Afferma l'organo inquirente che debbono assimilarsi a tali ipotesi anche quelli in cui, come quello in esame in cui, *"il soggetto che – come Marco CAPPATO nei casi in esame – agevoli il suicidio di una persona affetta da malattia irreversibile e che provochi estrema sofferenza, che coscientemente e lucidamente abbia deciso di porre fine alla propria vita, e che rifiuti di sottoporsi a trattamenti di sostegno vitale futili, esercitando un diritto garantitogli dall'art. 32 Cost. e dalla legge n. 219/2007, non violi il bene giuridico protetto dall'art. 580 c.p., ma anzi consenta il concreto esercizio del diritto all'autodeterminazione così come sopra delineato e positivamente presidiato, nei casi in cui il titolare del diritto non sia in grado di esercitarlo autonomamente"*.

§

Com'è noto, l'art 580 cp è integrato quando ricorrono alternativamente una delle due condotte descritte e sulle quali si regge l'elemento oggettivo della fattispecie, ossia la condotta di **partecipazione psichica** e quella di **partecipazione materiale**.

La condotta di **partecipazione psichica** consiste nella **determinazione** (intesa quale pressione psichica diretta a far sorgere in altri un proponimento prima inesistente) o nel **rafforzamento** (volto a rendere definitivo) del proposito suicidiario già sorto nel soggetto che vuole darsi la morte.

La **partecipazione materiale** si riferisce invece alla condotta di agevolazione, da intendersi quale comportamento di ausilio consistente nella fornitura di mezzi o rimozione di ostacoli alla realizzazione del proposito suicidiario (la cui signoria sull'esecuzione deve rimanere tuttavia sempre in capo all'aspirante suicida configurandosi diversamente la fattispecie di "omicidio del consenziente" di cui all'art 579 cp). L'agevolazione può consistere anche in un'**omissione**, laddove in capo al soggetto attivo sussista un obbligo di garanzia (come nel caso del genitore o del tutore).

L'ambito applicativo della norma è stato negli anni al centro del dibattito costituzionale perché coinvolto nelle tematiche etiche del c.d. fine vita.

Dopo i casi di Eluana Englaro (cfr. Cass. 21748/2017) e di Piergiorgio Welby (che non approdò in Cassazione per difetto di impugnazione dell'Accusa), la Corte Costituzionale è stata chiamata dai Giudici della Corte d'Assise di Milano a pronunciarsi sui confini penalmente rilevanti della norma.

Con ordinanza di rimessione (cfr. ordinanza 14 febbraio 2018, n. 1), la Corte di Assise di Milano (con riferimento alla condotta di accompagnamento in auto di F.A. noto come DJ Febo presso una clinica elvetica ove decedeva per auto-somministrazione di farmaco letale) sollevava una questione di legittimità costituzionale dell'art. 580 cp nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio a prescindere dal loro contributo alla determinazione o al rafforzamento del proposito suicidiario, ritenendo tale incriminazione in contrasto e in violazione dei principi sanciti agli articoli 3, 13 comma 2, 25 comma 3 della Costituzione che individuano la ragionevolezza della sanzione penale in funzione dell'offensività della condotta accertata. Secondo i giudici remittenti deve ritenersi che in

forza dei principi costituzionali dettati agli artt. 2, 13 comma 1 della Costituzione ed all'art. 117 della Costituzione con riferimento agli artt. 2 e 8 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, all'individuo sia riconosciuta la libertà di decidere quando e come morire e che, di conseguenza, solo le azioni che pregiudichino la libertà della sua decisione possano costituire offesa al bene tutelato dalla norma in esame.

La **Corte Costituzionale**, preso atto del mancato intervento del Parlamento nell'arco di un anno dalla precedente udienza fissata (cfr. ordinanza 16 novembre 2018, n. 207), **ferma la necessità di un intervento normativo in materia, con sentenza 22 novembre 2019, n. 242** (Pres. Lattanzi, Rel. Modugno), sul presupposto della legittimità costituzionale del divieto penale dell' "aiuto al suicidio" di cui all'art. 580 c.p., ha dichiarato l'**illegittimità costituzionale dell'art. 580 cp** nella parte in cui **non esclude la punibilità** di chi, con le modalità previste dalla legge sulle disposizioni anticipate di trattamento (c.d. D.A.T.) previste dagli artt. 1 e 2 L. 219/2017 ovvero con riferimento ai fatti anteriori, con modalità equivalenti, **agevola l'esecuzione del proposito di suicidio** che si sia formato **liberamente ed autonomamente** (1) di una persona tenuta in vita da **trattamenti di sostegno vitale** (2), affetta da una patologia irreversibile (3) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che la persona ritenga intollerabili, sia pienamente **capace di prendere decisioni libere e consapevoli** (4) sempre che tali condizioni e modalità di esecuzione siano state **verificate da una struttura pubblica** (5) del "Servizio Sanitario Nazionale", previo parere del Comitato Etico Territorialmente Competente e fermo restando che, quanto al tema dell'obiezione di coscienza del personale sanitario, l'aiuto al suicidio nei casi considerati, resti affidato alla coscienza del singolo medico che può scegliere se prestarsi o no, a esaudire la richiesta del malato.

In sintesi, la Consulta nel riconoscere la compatibilità con la Carta Costituzionale della **fattispecie penale di "aiuto al suicidio"**, giunge ad escludere la punibilità di "chi aiuta a morire" una **persona affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, capace di prendere decisioni libere e consapevoli, tenuta in vita da un trattamento di sostegno vitale**, affermando che già queste persone potrebbero lasciarsi morire chiedendo l'interruzione dei trattamenti sanitari necessari alla loro sopravvivenza o anche rifiutandoli *ab initio*.

Per effetto della pronuncia n 242/2019 della Corte Costituzionale, è oggi presente nel nostro ordinamento una c.d **scriminante procedurale** che esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt 1 e 2 L. 219/2017 e sussistendo i presupposti sopra indicati, **agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi**.

Considerata la delicatezza dei valori in giudizio e l'esigenza di salvaguardare i soggetti maggiormente vulnerabili, la Consulta ha affidato al Servizio Sanitario Nazionale il compito:

- di verificare le condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio;
- di verificare le modalità di esecuzione che dovranno essere tali da evitare abusi in danno delle persone vulnerabili, da garantire la dignità al paziente e da evitare sofferenze, previo parere del Comitato Etico territorialmente competente che ciascuna Regione è chiamata ad istituire.

La medicalizzazione della procedura è così completata dal parere necessario di un organo collegiale, terzo, con funzione consultiva (art 12 comma 10 lettera c dl 158/2012 e art 1 co. 2 Decreto Ministero della Salute 8 febbraio 2013) al quale è attribuito il compito di garantire omogeneità nell'applicazione delle procedure e tutela alle situazioni di particolare vulnerabilità.

L'applicazione dei criteri posti dalla pronuncia della Corte Costituzionale n. 242/2019 al caso di specie e la portata attuale del diritto all'autodeterminazione terapeutica

La Corte Costituzionale richiamando le pronunce sui casi Welby (G.I.P. di Roma, sentenza n. 2019 del 2007) ed Englaro (Cass., Sez. I civ., sentenza n. 21748 del 2007) e i dettami contenuti nella Legge 22 dicembre 2017, n. 219, attraverso l'applicazione dei principi di uguaglianza e di ragionevolezza, attua un nuovo bilanciamento tra il diritto all'autodeterminazione individuale (art 2 e 13 Cost) e la tutela della vita umana (art 2 Cost.) delineando così uno spazio di necessaria libertà dell'individuo nelle scelte di fine-vita.

L'area circoscritta del penalmente lecito è costruita dunque, declinando il diritto all'autodeterminazione (artt 2 e 3 Cost) ed il diritto alla salute di cui all'art 32 Cost nella forma del consenso all'esecuzione dei trattamenti sanitari.

Nel nostro ordinamento, ferma l'operatività dell'art 580 cp, la Corte Costituzionale ribadisce e dunque, esclude che l'incriminazione dell'aiuto al suicidio possa di per sé essere in contrasto con la Costituzione.

Al fine di comprenderne la portata, occorre ribadire che non esiste nel nostro ordinamento un diritto alla morte.

Il diritto alla vita – costituzionalmente tutelato dall'art 2 come "*il primo dei diritti inviolabili dell'uomo*" (non diversamente che dall'art 2 CEDU) – e il diritto alla morte – non ricompreso nel testo della nostra Carta Costituzionale ed anzi sanzionato dall'art 27 comma 4, non hanno pari dignità e valore.

L'inviolabilità del diritto alla vita che si declina attraverso i caratteri di indisponibilità, inalienabilità, intrasmissibilità, irrinunciabilità e imprescrittibilità si fonda sull'impossibilità per il titolare di disporre privandosene definitivamente del godimento.

Il principio è stato più volte ribadito dalla Consulta che con la sentenza n 1146/1988 afferma che il diritto alla vita attiene all'*essenza* dei Valori Supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana.

Dall'art 2 della Costituzione discende invero, il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo non quello opposto di aiutare a morire: in definitiva, dal **diritto alla vita**, primo ed inviolabile diritto dell'uomo in quanto presupposto per l'esercizio degli altri diritti di cui all'art 2 Cost., non può derivare il diritto a rinunciare a vivere e dunque, il diritto di morire.

Analoga posizione è presente anche nell'ordinanza n 207/2018 e nella sentenza 242/2019.

Ciò premesso, nella tensione dialettica tra i beni Supremi della Vita e della Libertà, la Corte Costituzionale, opportunamente valorizzando la centralità dell'individuo nella Costituzione, ha ritenuto che la tutela della prima trova comunque, nell'art 580 cp una ragione di fondo.

Escludendo che al bene vita possa essere riconosciuto un fine eteronomo (di talchè nel nostro ordinamento è riconosciuto all'individuo il potere di disporre del proprio corpo (cfr. Corte Cost.le 471/1990), la Corte Costituzionale afferma che la tutela del bene vita deve essere rapportata all'operatività della L. 219/2017 con la conseguenza che, in campo medico, per quel che qui interessa, nessun trattamento possa essere praticato senza il consenso del paziente il quale può persino giungere a chiedere ed ottenere nel contesto di una relazione terapeutica con il medico (cfr. Corte Cost.le 238/96), di interrompere o di rifiutare e dunque, non iniziare i trattamenti di sostegno vitale come la ventilazione, l'idratazione e l'alimentazione artificiale.

Benchè la riallocazione delle argomentazioni sul piano esposto con riguardo alla tutela dei diritti fondamentali consenta di reimpostare su basi completamente differenti, rispetto a quelle tradizionali, la questione della tutela della vita del paziente, è innegabile che il diritto

all'autodeterminazione individuale nel nostro ordinamento, nel gioco del bilanciamento dei diritti costituzionali, non possa prevalere sempre.

Certo è che il riconoscimento dell'autonomia –rispetto al diritto alla salute – del diritto all'autodeterminazione ha permesso negli ultimi tempi di riconsiderare la ragionevolezza di alcuni divieti, in ambito penale, che impediscono al malato terminale di pianificare con il medico, oltre che le proprie cure, anche la gestione del fine vita.

Così, ferma l'inviolabilità del bene della vita, la Corte Costituzionale ha individuato all'interno dell'art 580 cp, una **circoscritta area di non conformità costituzionale** della fattispecie criminosa corrispondente ai casi in cui *“l'aspirante suicida si identifica in una persona a) affetta da una patologia irreversibile b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, secondo le proprie scelte individuali, c) tenuta in vita da un trattamento di sostegno vitale non più voluto e che ha il diritto di rifiutare in base all'art 32 Cost. co. 2, d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli”*.

Il tema giuridicamente rilevante, si ribadisce, non attiene al riconoscimento del diritto alla morte ma al diritto ad una vita dignitosa (qui ovviamente riferita a quella terminale) secondo l'espressione di Seneca ne Lettere a Lucilio: *“non vivere benum est sed vivere bene”* e dunque, ad una “morte dignitosa”.

La legittimità, nel vigente quadro costituzionale, dell'art 580 cp trova oggi la propria *ratio* nella salvaguardia del diritto alla vita soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili che attraversano difficoltà e sofferenze e che l'ordinamento intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio.

La Corte afferma che, in tali casi, inimmaginabili all'epoca in cui l'art 580 cp è stato introdotto, la scelta di accogliere la morte potrebbe essere già presa dal malato sulla base della legislazione vigente, con effetti vincolanti per i terzi, a mezzo della richiesta di **interruzione (e dunque, di rifiuto in base all'art 32 Cost.) dei trattamenti di sostegno vitale in atto e di contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua**.

La L. 219/2017 – chiarisce la Corte Costituzionale- offre dunque, un riferimento normativo cui agganciare i margini di liceità dell'aiuto al suicidio non punibile attraverso la medicalizzazione del procedimento mediante il quale verificare l'integrità del consenso e la sussistenza dei requisiti indicati.

Il baricentro su cui si fonda la *ratio* della L. 219/2017 poggia invero sull'intersezione tra il diritto all'autodeterminazione terapeutica (privo di un esplicito riferimento costituzionale, ricondotto agli artt 32, 2 e 13 co.1 Cost come espressione del diritto di scegliere la cura) ed il principio del consenso informato (declinazione della libertà di cura di cui all'art 32 co. 2 Cost) principale base giuridica legittimante qualsiasi intervento medico.

L'art. 1, comma 1 recita infatti: *“1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge”*.

Inoltre, sancisce il divieto di ostinazione irragionevole nelle cure (quando inutili e sproporzionate) ed individua come oggetto di tutela da parte dello Stato *“la dignità nella fase finale della vita”*.

L'intervento normativo, che recepisce e normativizza l'evoluzione giurisprudenziale precedente, si caratterizza per alcuni aspetti messi in luce dalla più attenta dottrina.

In particolare, la centralità del consenso del paziente; la volontà di valorizzare al massimo grado la c.d. alleanza terapeutica perché il paziente non debba affrontare da solo le decisioni che riguardano la sua salute e la cura; il diritto assoluto e insindacabile del paziente ad ottenere, in qualsiasi momento, anche da incapace, la non attivazione di qualsiasi trattamento sanitario e l'interruzione di quello eventualmente già in atto, conservando al contempo il diritto di ottenere la terapia antalgica allo scopo di alleviare le

L'inapplicabilità ai casi in esame della causa di giustificazione procedurale introdotta dalla Corte Costituzionale con la sentenza 242/2019

erano affetti da una **malattia irreversibile**.

Il dato è ontologicamente inconfutabile: per entrambi, l'una malata oncologica terminale, l'altro affetto da parkinson atipico in stadio terminale, i medici avevano escluso ogni possibilità di guarigione.

Quanto a _____ in particolare, _____ riferiva: "la previsione del medico era che si sarebbe sviluppata una sintomatologia grave nell'arco di due mesi. Ci fu rappresentato chiaramente che non potevano fare niente se non intervenire con ricovero ospedaliero soltanto in caso di urgenza, ad esempio se si fosse paventato un blocco renale".

Il dato è coerente con le risultanze emergenti dalla relazione di C.T. del PM: i dottori dichiaravano che – per la patologia da cui era affetta la persona orresa – è prevista una sopravvivenza dell'1-2% a 5 anni, con il 34% di pazienti vivi a 18 mesi dall'inizio della terapia [bibl. 3]: "Il microcitoma polmonare è una malattia curabile ma non guaribile. La chemioimmunoterapia [bibl. 2,3,8] consente di ottenere elevati tassi di riduzione della malattia, purtroppo di breve durata, e le terapie successive danno un beneficio minimo [bibl. 9]. Si conferma quindi il carattere di irreversibilità della patologia da cui era affetta la _____" (c.t.

Gli stessi cc.tt. precisavano inoltre, come il rifiuto opposto dalla sig.ra Altamura a qualsiasi cura avrebbe portato ad **un'aspettativa di vita quantificabile in pochi mesi**.

Con riguardo alla posizione di _____ la moglie, _____ a s.i.t., riferiva che "nella primavera del _____ [ndr. il marito] realizzava che nessuna cura avrebbe potuto aiutarlo a migliorare la sua condizione".

Nella relazione della consulenza tecnica disposta, la dottoressa _____ definiva la degenerazione corticobasale "una rara malattia neurodegenerativa non passibile di guarigione o miglioramento", tale per cui "il trattamento rimane mirato al miglioramento dei sintomi, ma, nella migliore delle ipotesi, è scarsamente e solo temporaneamente efficace". Ne deriva che "i sintomi progrediscono inesorabilmente fino al decesso con una storia naturale alquanto variabile tra i singoli pazienti. Alcuni studi scientifici hanno rilevato una sopravvivenza media compresa tra 5,5 e 7,9 anni con un range da 2 a 12,5 anni. La sopravvivenza più bassa si riscontra nei casi a rapida evoluzione degenerativa (come nel caso dei _____)".

Il decesso dunque, non è direttamente correlato alla malattia ma al suo progressivo peggioramento fino al sopraggiungere dell'*exitus* per cause correlate alla malattia stessa (esempio tipico, la polmonite *ab ingestis* dovuta alle difficoltà di deglutizione e le complicanze settiche.).

Ad ogni buon conto, secondo la consulente, la prognosi – pur se non del tutto valutabile – era sicuramente infausta a **breve termine, dal momento che la malattia era entrata nello stadio terminale.**

Ad analoghe conclusioni giunge poi il professor _____ nel suo elaborato, realizzato sulla base di un confronto approfondito con i *Past Presidents* della Società Europea di Terapia Intensiva (ESICM) e sottoscritto da sedici su diciotto di questi.

Con riguardo ad _____, egli afferma infatti che ella era affetta da una "malattia sistemica, non responsiva al trattamento, in progressione, con prognosi infausta a breve termine"; quanto a _____ riferisce di "malattia acuta non curabile".

Entrambi, consapevoli delle sofferenze alle quali sarebbero andati incontro per sé e per i familiari avevano dunque, liberamente scelto di morire e di rifiutare le terapie proposte (ulteriore ciclo di chemioterapia per la _____ e posizionamento EGC per il sig. _____ nonchè l'ingresso in *Hospice* per l'avvio delle cure palliative eventualmente abbinata alla terapia del dolore.

Le risultanze della puntuale e meticolosa attività istruttoria svolta dalla locale Procura documenta l'autonoma e la libera formazione della decisione di morire: entrambi, autonomamente, proprio in forza di tale risoluzione irretrattabile, avevano preso contatti con l'associazione Luca Coscioni e con l'odierno indagato per il compimento di una serie di atti che non potevano porre in essere autonomamente, come l'organizzazione del viaggio ed il trasporto in Svizzera.

- marito di _____ - nel verbale di s.i.t. il dichiarava che la moglie aveva pianificato minuziosamente il suo ultimo viaggio, studiando in particolar modo una soluzione tale da preservare i propri cari da qualsiasi responsabilità connessa e derivante da tale scelta vengano.

Così, riferiva:

“a.d.r. Mia moglie ha iniziato sin da subito autonomamente a fare delle ricerche su internet relative alle cliniche che permettevano di porre fine alla propria vita.

a.d.r. Relativamente al caso mediatico del dj Fabo, quindi in tempi non sospetti, lei aveva espresso la propria opinione in merito appoggiando la decisione presa. Lei sosteneva che in caso di malattia irreversibile aspettare il decorso sino all'exitus, sapendo quello che comportava, fosse insopportabile.

Lei era rimasta molto turbata dall'assistenza che aveva prestato a suo padre, sua madre ed in particolare al fratello, quest'ultimo affetto da fibrosi polmonare. Aveva avuto una chiara rappresentazione di quanto fosse atroce morire per soffocamento. Ricordo che mi chiese come unico regalo (in cinquant'anni di matrimonio) di non contrastare la sua decisione e di rispettarla. Tutto questo anche se io e mia figlia qualche volta cercavamo di farle vedere di altri casi affinché cambiasse idea.

a.d.r. Mia moglie ha contattato inizialmente la fondazione Coscioni per ottenere informazioni relative alle società svizzere che si occupavano del fine vita.

Mia moglie aveva studi universitari, ha fatto l'imprenditrice tutta la vita insieme a me gestendo il nostro albergo. Le piaceva leggere, suonare, era persona di cultura e di grande senso pratico.

La prima risposta ottenuta dal personale della Fondazione e successivamente da Cappato stesso, era che non avessero informazioni specifiche sulla _____ della quale però non avevano nemmeno riscontri negativi (vedasi mail). Mia moglie sceglieva _____ perché la trovava veloce nello svolgere le pratiche. Il primo contatto lo aveva con tale _____ Lei chiedeva di avere una data ravvicinata, magari prima delle ferie e del peggioramento della malattia.

a.d.r. Mia moglie ha dovuto prima pagare una cifra per associarsi alla società. Poi il primo versamento di cinquemila euro. Avuto “semaforo verde”, faceva un ultimo versamento di cinquemila euro dal proprio conto corrente.

a.d.r. Mia moglie era contenta del fatto che Marco Cappato l'avrebbe accompagnata. Lei era autonoma nella sua quotidianità. Era debole e non se la sentiva di uscire più dalle mura di casa.

Lei non avrebbe mai potuto affrontare il viaggio in Svizzera da sola.

Mia moglie e Marco Cappato, una volta stabilita la data concordata con la clinica svizzera, concordavano di vedersi il primo di agosto alle sette del mattino. Cappato veniva a casa a prelevarla insieme ad un'altra persona, credo fosse l'autista. In realtà quando sono partiti da casa guidava Cappato.”

- moglie del _____ in ordine alla autonoma formazione della volontà del marito ricorrere al suicidio assistito, asseriva: “I primi segnali sono arrivati nella primavera _____ quando realizzava che nessuna cura avrebbe potuto aiutarlo a migliorare la sua condizione. Lui si opponeva fermamente all'idea della prospettiva a breve dell'ausilio di presidi quali ad esempio la PEG (alimentazione forzata). Io rispettavo assolutamente le sue richieste che peraltro però riducevano ulteriormente la sua prospettiva di vita. Lui diceva di essere stato fortunato di avere avuto una vita lunga e serena e che non riteneva di prolungare con più sofferenza di quanta già ne soffrisse. Lucidamente e cerebralmente partecipava alla vita familiare ma trovandosi in un corpo completamente paralizzato aveva perso ogni stimolo verso tutto. Mi chiedeva di

fare delle ricerche per trovare chi potesse aiutarlo a realizzare il suo progetto di porre fine alle sue sofferenze. Ricordo di avere contattato telefonicamente l'Associazione Coscioni sino a quando poi venivo richiamata da Marco Cappato. La presenza di Marco Cappato è stata fortemente voluta da (...)”.

Entrambi avevano scelto di affidarsi a cliniche svizzere.

In Svizzera il suicidio assistito, che trova il suo fondamento negli artt. 114 e 115 cod. pen. svizzero, è da sempre l'unica pratica di fine vita considerata lecita subordinata solo all'assenza in capo all'agente di motivi egoistici, per tali intendendosi non solo i motivi di lucro, ma anche vantaggi di altra natura.

La modalità meno dolorosa e più efficace, nel caso di soggetti in condizioni cliniche tali da ridurne sensibilmente l'autonomia, è quella dell'assunzione di farmaci letali. Il farmaco più utilizzato è il *pentobarbital* acquistabile solo a mezzo di prescrizione di medici - e veterinari- emettibile solo dopo aver esaminato il paziente e soltanto nel rispetto delle «regole riconosciute delle scienze mediche e farmaceutiche» (art. 26, Legge sugli agenti terapeutici del 15 dicembre 2000).

L'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche **disciplina il comportamento dei medici in ordine alle pratiche** per il fine vita dei pazienti attraverso dettagliate direttive relative all'assistenza dei malati terminali, per i casi di cure palliative, esecuzione di una richiesta di interruzione delle terapie e aiuto al suicidio (sono considerate aiuto al suicidio la prescrizione o la consegna di un farmaco letale e il posizionamento di una cannula intravenosa).

Emerge chiara la centralità della volontà del paziente: al medico è concesso assecondare esclusivamente le richieste che provengano da soggetti capaci di intendere e di volere (nel caso di rifiuto di una terapia, valgono anche le intenzioni manifestate in epoca antecedente da soggetto attualmente incapace di intendere e di volere: l'equivalente delle disposizioni anticipate di trattamento disciplinate dalla L. 22 dicembre 2017, n. 219 nell'ordinamento italiano).

Affinchè l'aiuto al suicidio possa considerarsi legittimo, il medico che intenda prestarlo dovrà assicurarsi che:

- *la malattia di cui soffre il paziente legittimi la supposizione del suo decesso imminente;*
- *trattamenti alternativi siano stati proposti e, se accettati dal paziente, adottati;*
- *una terza persona (non necessariamente il medico stesso) abbia accertato che il paziente sia in grado di intendere e di volere, che abbia riflettuto a lungo sul suo desiderio di morte e che tale persistente desiderio non sia il risultato di pressioni esterne.*

§

Alla luce di quanto sopra esposto, risulta evidente la presenza nei casi in esame di tre dei quattro requisiti indicati dalla Corte Costituzionale nella sentenza 242/2019: la presenza di una patologia irreversibile che conduca inesorabilmente alla morte, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche insopportabili in capo ad un soggetto capace di prendere decisioni libere e consapevoli che ha manifestato la propria volontà di ricorrere al suicidio medicalmente assistito accertato all'esito di un normato e preciso iter burocratico medico, giuridicamente rilevante anche se svoltosi all'estero (nelle specie, la Svizzera).

Difetta chiaramente, la sussistenza dell'ulteriore requisito previsto ossia quello di essere i malati, nella specie i sig.ri . *“tenuti in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale”.*

A fronte di tale mancanza si ritiene non applicabile la causa di giustificazione elaborata dalla Corte Costituzionale e che tale assenza non sia emendabile nemmeno attraverso una lettura costituzionalmente orientata.

L'interpretazione costituzionalmente orientata

Si ricorda che a partire dagli anni novanta si è imposta una linea guida secondo la quale spetta ai giudici comuni il potere-dovere (o, nella prospettiva del giudice-attore, "l'onere") di interpretare *secundum constitutionem* le disposizioni legislative, prima ed in luogo di devolverne l'esame alla Corte.

Si tratta formalmente di un onere processuale, dal momento che al giudice comune è richiesto di sperimentare preventivamente la possibilità di dare al testo legislativo un significato compatibile con il parametro costituzionale, e – ove il tentativo risulti infruttuoso – di offrire adeguata motivazione, nell'ordinanza di rimessione, delle ragioni che impediscono di pervenire in via interpretativa alla soluzione ritenuta costituzionalmente corretta. (cfr. Sent 456/1989: "Quando (...) il dubbio di compatibilità con i principi costituzionali cada su una norma ricavata per interpretazione da un testo di legge è indispensabile che il giudice a quo prospetti a questa Corte l'impossibilità di una lettura adeguata ai detti principi; oppure che lamenti l'esistenza di una costante lettura della disposizione denunziata in senso contrario alla Costituzione (cosiddetta "norma vivente").

L'interpretazione costituzionalmente orientata nasce in contrapposizione ad altre possibili interpretazioni che suscitano dubbi, sia pur consistenti, di incostituzionalità, finendo per far leva non sull'accertamento della incostituzionalità delle altre interpretazioni possibili, bensì proprio sui dubbi di incostituzionalità che esse generano.

In sostanza, l'interpretazione costituzionalmente orientata dei giudici comuni si differenzia dalle altre possibili perché è esente dai dubbi di incostituzionalità che suscitano le altre.

Due postulati fondano il potere-dovere dei giudici di ricercare e identificare autonomamente l'interpretazione costituzionalmente orientata.

Il primo: in presenza di una pluralità di interpretazioni possibili, il giudice deve scegliere quella che conduce ad un risultato ermeneutico costituzionalmente compatibile, ricusando le altre.

Il secondo: "in linea di principio, le leggi non si dichiarano costituzionalmente illegittime" [o "una disposizione non può essere ritenuta costituzionalmente illegittima"] perché è possibile darne interpretazioni incostituzionali (e qualche giudice ritenga di darne), ma perché è impossibile darne interpretazioni costituzionali".

Allo stato attuale, dunque sembra doversi ritenere che la rimessione della quaestio incidentale sia indispensabile solo se il rimettente è convinto della incostituzionalità e della impossibilità di rimediare ad essa in via interpretativa.

L'impossibilità di accogliere la richiesta della Procura della Repubblica e dunque, di ricorrere ad una interpretazione costituzionalmente orientata

All'atto della scelta (ndr: ossia il rifiuto di trattamenti sanitari), la sig. Altamura e il sig. Noli, come detto, **non erano sottoposti ad alcun trattamento sanitario** anche nell'accezione ampia offerta da alcuni commentatori, non assumendo, all'epoca, alcuna terapia farmacologica vitale o nemmeno una terapia antalgica.

Così nelle s.i.t. il r **"Mia moglie non aveva supporto di macchinari a sostegno vitale. L'oncologa prospettava più che altro dei problemi a livello renale, quale un blocco che avrebbe previsto una cateterizzazione, unico mezzo che avrebbe potuto contrastare i dolori lancinanti che nemmeno la morfina avrebbe potuto controllare"**.

Il marito riferiva che la **non voleva essere "attaccata a macchinari"**, non voleva essere cateterizzata né sottoposta a dialisi e così, fino alla fine dei suoi giorni, avrebbe dovuto essere afflitta da dolori non alleviabili nemmeno con la morfina.

Così si esprime nella missiva che i _____ la _____ scriveva alla clinica (all.to 47): “Caro _____ lunedì ti ho inviato una mail dove ti chiedevo se ti fosse possibile darmi notizie sul percorso e soprattutto sui tempi del “processo di approvazione” per la mia MAV. Essendo giunti alla 4^ settimana ed essendo la mia situazione di giorno in giorno più insostenibile, puoi immaginare quanto sia importante per me avere notizie ed essere in qualche modo rassicurata che a breve l’inferno che sto vivendo avrà fine (...).

per la malattia che lo aveva colpito, era costretto alla totale dipendenza assistenziale dei suoi familiari.

Come riferito dalla moglie _____

(s.i.t. rese in _____) il marito dopo la rottura del femore “...a quel punto rimaneva allettato permanentemente. Ricorrevamo all’omogenizzato per lasciare almeno la possibilità di gustare il sapore del cibo” (...) “trovandosi in un corpo completamente paralizzato, aveva perso ogni stimolo verso tutto”.

Il dato fattuale (mancante) è dunque, pacifico ed indiscusso al punto che i Pubblici Ministeri fondano la lettura costituzionalmente orientata proposta sulla **equivalenza**-scientificamente sostenuta- tra il rifiuto di un trattamento sanitario vitale in atto e il rifiuto ad un trattamento sanitario futile o inutile in quanto espressivo di accanimento terapeutico.

L’equivalenza proposta ai fini della riconducibilità nell’ambito applicativo della causa di giustificazione procedurale elaborata dalla Corte Costituzionale con sentenza 242/2019 si fonda chiaramente sulla applicazione analogica.

Senonchè l’ostacolo principale all’applicazione della lettura proposta attiene alla irriducibilità di fondo entro il medesimo piano di due presupposti allo stato giuridicamente differenti: l’applicazione e dunque, la sottoposizione di un trattamento sanitario vitale in atto che il paziente ha rifiutato e ne ha chiesto l’interruzione *versus* la prospettazione di un trattamento sanitario futile o inutile e dunque, espressivo di accanimento terapeutico mai iniziato e che il paziente di fatto non ha mai rifiutato espressamente.

Com’è noto attraverso la causa di giustificazione procedurale, la Consulta sposta la protezione primaria di un bene giuridico dal terreno tradizionale dell’incriminazione a quello delle cause di giustificazione la cui applicazione presuppone l’accertamento delle condizioni ivi previste e poste al fine di garantire al malato una morte dignitosa.

L’eccezione - che la giustifica- alla regola di condotta ex art. 580 c.p. affida la complessa risoluzione del conflitto tra inviolabilità del bene vita, salute e dignità della persona ad una procedura costitutiva nella quale l’accertamento anticipato del diritto all’aiuto “*nel morire*” è subordinato alla sussistenza di condizioni legalmente prefissate con la evidente finalità (tenuto conto del richiesto intervento normativo allo stato mancante) di limitarne la praticabilità muovendosi lungo un crinale stretto tra la tipicità dell’art. 580 c.p. e la legalizzazione dell’aiuto al suicidio ad opera della scriminante relazionale riconducibile all’art. 32 Cost.

La causa di giustificazione procedurale presenta invero, caratteristiche affatto differenti da quelle sostanziali.

Diversamente dal bilanciamento proprio delle cause di giustificazione sostanziali, la scriminante procedurale permette di ricercare negli elementi fondanti la proceduralizzazione costitutiva i presupposti necessari, da un punto di vista dommatico, alla legittimazione *ex ante* della lesione del bene giuridico in nome della protezione primaria di altri beni.

L’azione deve dunque ritenersi autorizzata sin dal momento iniziale del suo compimento in quanto non impedibile perchè sottoposta ad una procedura di controllo pubblico *ex ante* che consente alla scriminante di intervenire non *ex post*, ma proprio nel momento della realizzazione del comportamento tipico, privato così anche della sua precettività penale.

“forza espansiva” di taluni diritti fondamentali sono giunti ad escludere o a ridurre fortemente la portata dell’incriminazione dell’aiuto al suicidio.

Violazione dell’art 3 Cost.

Si ritiene che l’esclusione dall’ambito applicativo della scriminante procedurale del suicidio medicalmente assistito di chi sia affetto da una patologia irreversibile fonte di sofferenze fisiche o psichiche intollerabili e sia capace di prendere decisioni libere e consapevoli ma non sia tenuto in vita da un trattamento sanitario vitale violi il principio di uguaglianza di cui all’art 3 Cost escludendovi una situazione sostanzialmente identica.

Per quanto esposto, che nel caso di specie, sussistendo tutti i requisiti previsti dalla Corte Costituzionale nella pronuncia n 242/2019 ad esclusione di quello della dipendenza dei pazienti da un trattamento sanitario vitale, non risulta possibile ricomprendere nell’ambito applicativo della causa di giustificazione del suicidio medicalmente assistito, il caso in esame.

Tale esclusione crea tuttavia una irragionevole disparità di trattamento in quei casi, come quelli in esame, in cui il paziente affetto da una patologia irreversibile fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che trova assolutamente intollerabili, capace di prendere decisioni libere e consapevoli, non ha voluto iniziare un trattamento sanitario vitale perché ritenuto inutile rifiutando anche la sedazione palliativa profonda e/o la terapia del dolore perché non corrispondente alla propria visione della dignità nel morire e carico di sofferenze per le persone care.

Al fine di comprendere meglio le ragioni sulle quali si fonda l’irragionevolezza lamentata occorre approfondire la nozione di trattamento sanitario vitale.

In proposito, si ricorda che non è presente nell’ordinamento una nozione legislativa di “trattamento di sostegno vitale”.

In giurisprudenza, si sono già registrati casi di interpretazione assai lata del concetto, fino al punto di includervi “qualsiasi trattamento sanitario interrompendo il quale si verificherebbe la morte del malato anche in maniera non rapida” (Corte d’Assise d

Tale impostazione è stata confermata dalla sentenza in essa si legge, che la persona offesa era “sottoposta a trattamento terapeutico indispensabile per la sopravvivenza. Tale requisito è stato provato durante l’istruttoria dibattimentale di primo grado, perché è emersa la certezza che [egli] assumeva farmaci di significato vitale, senza i quali non sarebbe sopravvissuto”. Dunque, il concetto di “trattamento di sostegno vitale”, in questa impostazione, coincide con quello di “farmaco di significato vitale”.

La medesima impostazione è stata fatta propria dalla Procura della Repubblica di

In particolare, la Procura ha ritenuto che tale interpretazione non sia solamente corretta, ma anche costituzionalmente doverosa alla luce dell’esigenza di evitare irragionevoli disparità di trattamento (art. 3 Cost.) e di garantire il “pieno dispiegarsi del diritto alla manifestazione della personalità” (art. 2 Cost.).

A fronte di un sì ampio ventaglio di soluzioni interpretative, la Procura della Repubblica in sede, attraverso una consulenza tecnica, demanda alla scienza medica il compito di fornire una definizione di “supporto vitale” individuando i casi in cui tale trattamento non sia necessario in quanto futile e/o espressivo di accanimento terapeutico.

Secondo i massimi esperti di medicina d’urgenza, per “supporto vitale” deve farsi riferimento ad interventi non curativi necessari al mantenimento in vita del paziente la cui eliminazione porterebbe alla morte del paziente in un tempo relativamente breve (quale è il caso dei presidi di alimentazione e idratazione artificiali) nonché le forme di supporto vitale che si traducono nella sostituzione artificiale di alcune funzioni organiche (ventilazione

meccanica; supporto per gli scambi gassosi; supporto alle funzioni renali, cardiache o epatiche): “per supporto vitale si intende l’insieme di tecniche (in continua evoluzione) che vicariano funzioni d’organo compromesse. In loro assenza la vita non può essere mantenuta.”.

Riassumendo per la scienza medica sono “trattamenti di supporto vitale” quegli interventi che:

- a. Non hanno funzione curativa, ma di sostituzione transitoria o permanente di una funzione d’organo compromessa, allo scopo di mantenere in vita il paziente;
- b. Si trovano in rapporto diretto con il mantenimento in vita del paziente stesso, nel senso che la sospensione del trattamento determina necessariamente la morte del paziente in un tempo più o meno lungo.

Trattasi di trattamenti praticati e praticabili solamente per guadagnare tempo in presenza di una condizione potenzialmente reversibile o per mantenere in vita un paziente affetto da una patologia irreversibile.

Al contrario, tali interventi non sono praticati né praticabili quando, sulla base di una considerazione squisitamente medica, si appalesino inutili, futili e come tali qualificabili come “accanimento terapeutico” ai sensi dell’art. 2, comma 2, legge n. 219/2017.

Tale ipotesi, a detta del consulente dei Pubblici Ministeri, ricorre quando il corpo del paziente sia ancora in grado di funzionare autonomamente, senza bisogno di aiuti esterni, oppure, all’opposto, si sia in presenza di condizioni pre-terminali in cui la riduzione delle funzioni d’organo è la normale circostanza che precede il decesso. In queste ipotesi, da un punto di vista medico, tali interventi non vengono normalmente neanche attivati; è possibile, poi, che si verifichi un terzo scenario: a seguito dell’attivazione del trattamento di supporto vitale, le condizioni del paziente evolvono in modo da rendere evidente una prognosi sfavorevole, ragione per cui il mantenimento del trattamento si trasforma – da strumento terapeutico volto a consentire un ripristino di funzionalità compromesse – in una forma di accanimento che prolunga l’ultima agonia.

Proprio questi limiti di utilità dei trattamenti di supporto vitale – che si traducono in limiti alla praticabilità degli stessi, alla luce dell’art. 2, comma 2, legge 219/2017 – inducono il consulente a concludere che “il supporto vitale non è un passo obbligato fra la vita e la morte”, principio su cui “l’*larghissima parte della comunità medica, clinica e scientifica è concorde*”.

Nel caso in esame, i trattamenti sanitari proposti ai sig.ri _____ secondo quanto affermato dai consulenti della Procura erano *inutili*: l’attivazione non solo non avrebbe provocato un efficace contrasto alla patologia e la morte sarebbe comunque sopraggiunta inesorabilmente con l’aggravio di generare ai pazienti, per effetto dell’avvio dei proposti trattamenti, atroci sofferente così da rendere gli ultimi giorni di vita, infernali.

Nei casi esaminati, il suicidio assistito, **lungi dal tradursi in una indiscriminata prevalenza dell’autodeterminazione individuale sulle esigenze di tutela della vita - nel rispetto del principio solidaristico della Carta** - ha rappresentato per i sigg.1

_____, consapevoli di andare incontro a morte certa in un tempo più o meno breve a causa della patologia terminale in corso, l’esercizio in concreto del diritto di autodeterminarsi nella fase terminale della vita in modo rispettoso alla propria dignità umana.

E’ noto che il nostro ordinamento prevede che il malato terminale in trattamento di sostegno vitale possa scegliere tra il perseguimento di ogni possibile trattamento medico - allo scopo di allungare il più possibile la propria esistenza-, la rinuncia alle cure in corso – accettando il più rapido evolvere della malattia o del più o meno immediato sopraggiungere della morte con il sostegno della sedazione palliativa profonda e se del caso, la terapia del dolore- o infine, il ricorso al suicidio assistito come strumento per darsi la morte in modo rapido e indolore nel momento in cui egli lo ritiene più coerente con il proprio concetto di dignità umana.

Al contrario, il soggetto che – pur malato – non si trovi in condizioni di patologia irreversibile, ben potendo negare il proprio consenso a qualsiasi forma di trattamento sanitario ai sensi dell'art. 32, comma 2, Cost. e della legge n. 219/2017, non può ricorrere a pratiche di suicidio assistito; trattasi di una limitazione coerente con i principi del nostro ordinamento dal momento che fino a quando vi è una *chance* di guarigione, il soggetto non affronta la prospettiva certa della propria morte preceduta da un periodo più o meno lungo di decadimento fisico.

Del tutto irragionevole – e dunque discriminatoria – appare invece, l'esclusione dalle pratiche di suicidio assistito di chi pur affetto da una patologia irreversibile e destinato a morte certa, non abbia in corso un trattamento di sostegno vitale in quanto futile o inutile.

Si ha, infatti, in questa ipotesi una irragionevole discriminazione tra soggetti in posizioni del tutto analoghe: entrambi gli appartenenti a queste due categorie si trovano nella medesima prospettiva descritta e valorizzata dalla Corte Costituzionale come fondamento di legittimità del ricorso al suicidio assistito.

Si tratta infatti, di persone che affrontano con certezza la prospettiva della loro morte, più o meno imminente, preceduta da un periodo più o meno lungo di decadimento fisico, accompagnato spesso da acute sofferenze fisiche.

La differenza del trattamento cui sono sottoposti o la non attuale – benché certa e prossima - sottoposizione a trattamenti di sostegno vitale - sono fattori del tutto accidentali, che dipendono dal tipo di patologia da cui il soggetto è affetto.

Differenziare tra malati terminali che possono accedere a pratiche di suicidio assistito sulla base del criterio della sottoposizione al trattamento sanitario vitale, nei casi come quelli esaminati in cui la sottoposizione al trattamento sanitario vitale è inutile o futile ed in ogni caso dolorosa e foriera di ulteriori complicanze per la salute del paziente tenuto conto della precarietà delle condizioni di salute, appare del tutto irragionevole e, pertanto, contraria all'art. 3 Cost.

Come evidenziato dalla consulenza del *_____* le persone offese - al cui suicidio l'odierno indagato ha contribuito causalmente- non erano e non avrebbero potuto essere sottoposte a trattamenti di supporto vitale senza che ciò sfociasse in una forma di accanimento terapeutico – contrario, si noti, all'art. 2 della legge n. 219/2017.

Entrambi, però, erano soggetti in condizioni di patologie irreversibili, fonte di sofferenza fisica e psichica, destinata ad esitare in un tempo più o meno breve nella morte, rispetto alla quale gli eventuali trattamenti medici avrebbero potuto porsi unicamente come rallentamento e non anche come impedimento.

_____ come attesta la c.t. *_____* avrebbe presto dovuto sottoporsi a PEG, trattamento di supporto invasivo, comportante rischi ed effetti collaterali, ed aveva legittimamente deciso di non sottoporvisi. Scrive la c.t.: *“come già suggeritogli, avrebbe avuto bisogno di ricorrere ad un presidio per l'alimentazione forzata (PEG) al fine di evitare il rischio quotidiano di polmonite ab ingestis, va detto, tuttavia, che il ricorso alla PEG avrebbe incrementato altri rischi, di natura infettiva (infezione cutanea fino all'ascesso e alla necrosi, più raramente peritonite o perforazione intestinale) e meccanica (ostruzione), legati alla presenza della stomia. In aggiunta, il posizionamento di una PEG avviene attraverso l'esecuzione di una esofagogastroduodenoscopia, quindi di una manovra invasiva, e, di regola, tale procedura va rinnovata annualmente per la sostituzione del tubicino. La procedura di somministrazione dei nutrienti è delicata per chi la pratica e debilitante per chi la subisce, i nutrienti devono essere inseriti a temperatura ambiente rispettando la massima igiene e previo controllo (mediante aspirazione) della presenza o meno di residuo gastrico (la cui presenza preclude la possibilità di somministrare i nutrienti, quando capita, bisogna ritardarne la somministrazione). I _____ edotto al riguardo, aveva deciso di non ricorrere a tale presidio”*.

Per di più, tale trattamento, afferma il c.t. *_____* sarebbe stato futile: *“È importante sottolineare che, dato il continuo peggioramento e l'irreversibilità della malattia, l'unico supporto vitale ipotizzabile in questo caso, cioè la nutrizione artificiale, non era necessario, come peraltro dimostrato*

dal decorso clinico, e quindi futile. Tale trattamento veniva peraltro fermamente rifiutato dal sig. stesso, come dichiarato dalla moglie, sig.ra

in data
“[...] Lui si opponeva fermamente all’idea della prospettiva a breve dell’ausilio di presidi quali ad esempio la PEG (alimentazione forzata).”

Per *discussi dalla sig.ra* scrive il *con i curanti avrebbero potuto essere due:* che “i supporti vitali ipotizzabili in futuro e

1. *Supporto della funzione renale, dato che questa, attualmente sufficiente, sarebbe probabilmente peggiorata fino ad insufficienza grave, data la presenza di metastasi e altre alterazioni anatomiche, legate probabilmente allo stato infiammatorio indotto dal tumore.*
2. *Supporto respiratorio mediante ventilatore meccanico, unicamente ipotizzato per permettere una sedazione profonda, che avrebbe comportato comunque perdita di coscienza, di capacità di intendere e di capacità di volere.*

In entrambi i casi (peraltro unicamente ipotizzabili), il supporto vitale, in accordo con quanto precedentemente discusso, sarebbe pienamente rientrato nella categoria di futilità, configurandosi unicamente come accanimento terapeutico.

Non avrebbe infatti avuto altro effetto che prolungare l’agonia in una malattia irreversibile, non curabile, senza possibilità di recupero”.

ed hanno rifiutato di sottoporsi a un trattamento sanitario vitale com’era loro diritto fare, e sarebbero deceduti in un lasso di tempo non brevissimo, in una condizione da essi stessi non ritenuta dignitosa e causativa di ulteriori sofferenze ai rispettivi familiari.

Sanzionare la condotta di terzi e ricomprenderla nell’alveo dell’illegalità penalmente rilevante solo per la carenza dell’attualità nel senso della presenza del requisito del trattamento sanitario vitale in corso significherebbe trattare in maniera differente situazioni di fatto sostanzialmente identiche e così escluderle dalle situazioni meritevoli di tutela - oggi non ricomprese - solo perché tali pazienti non possono o non vogliono accedere a trattamenti sanitari vitali in quanto inutili (perché non provocherebbero agli stessi alcun effetto vitale) con la paradossale conseguenza di punire chi aiuta al suicidio una persona affetta da una patologia irreversibile (malato oncologico terminale e malato affetto da patologia neurodegenerativa grave) non dipendente da alcun trattamento sanitario.

Violazione degli artt. 2, 13 e 32 Cost

L’impossibilità di accesso al suicidio assistito per i pazienti affetti da malattia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che trova intollerabili, capace di prendere decisioni libere e consapevoli e tuttavia, non sottoposti ad un trattamento sanitario vitale determina la violazione del **diritto all’autodeterminazione nelle scelte terapeutiche nel senso di limitarne l’esercizio imponendogli un’unica modalità di congedo alla vita.**

E’ evidente che nei casi in esame, l’assenza del requisito della dipendenza da trattamenti sanitari vitali condiziona l’esercizio di tale diritto che non può esplicitarsi come richiesta di interruzione, ma solo come rifiuto all’attivazione.

L’insussistenza di tale condizione in pazienti comunque terminali determina una lesione ed una congiunta violazione della dignità della persona essendogli consentito solo rifiutare il trattamento ma non anche accedere ad una morte rapida e dignitosa che il rifiuto *tout court* del trattamento non gli consente.

E’ evidente che persistendo il requisito in esame, l’unico modo che avevano i sig.ri di accedere al suicidio assistito, era quello di iniziare un trattamento

sanitario che *ab origine* sarebbe stato inutile secondo quanto indicato dai medici, per poterlo poi interrompere.

Una simile prospettiva anziché ridurla – nella prospettiva della pronuncia n 242/2019- avrebbe invece, provocato un aumento della sofferenza esponendo il paziente ad un sacrificio anche fisico (per le conseguenze che i trattamenti proposti provocherebbero) ulteriormente gravoso nelle precarie condizioni di salute nelle quali si trovava ledendo la sua **dignità di uomo e di persona**.

Come affermato dalla Corte Costituzionale, l'area di liceità della fattispecie di suicidio assistito involge due direttrici: la morte (inesorabile) e il tempo (percepito troppo lento).

Quanto l'interruzione da un trattamento sanitario vitale non provoca rapidamente la morte del paziente che è costretto ad un'attesa carica di sofferenza e dolore, per il rifiuto alla sedazione profonda, la Corte Costituzionale ha affermato che non *"vi è ragione per la quale il fondamentale rilievo del valore della vita 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'interruzione dei presidi di sostegno vitale"*.

Analoga esigenza sussiste nel caso in esame, in cui i trattamenti sanitari non sono attivi e non avrebbe alcuna utilità attivarli e pur tuttavia, per l'assenza del requisito, nel caso in cui il paziente rifiuti le cure palliative e la sedazione profonda, dovrebbe essere lasciato ad attendere la morte senza alcuna tutela per la sua dignità di uomo e per il carico di sofferenza che l'attesa della morte comporta.

Norme sovranazionali violate: il contrasto con gli artt 8 Cedu e 14 Cedu

La Corte Edu ha avuto modo di pronunciarsi molte volte sul tema dell'aiuto al suicidio richiamando gli art 2 (tutela del diritto alla vita) e art 8 (diritto dell'individuo al rispetto della vita privata e familiare).

Secondo il quadro vigente, la giurisprudenza della Corte EDU (sin dalla sentenza 29 aprile 2002, *Pretty c. Regno Unito*, *Hass c. Svizzera* 20 gennaio 2011 e *Koch c. Germania* 18 luglio 2013), in materia di fine vita, segnala una graduale apertura verso il riconoscimento del diritto a morire con dignità.

In particolare, il diritto di scegliere di morire con dignità è ormai pacificamente considerato un aspetto della vita privata tutelato dall'art. 8 CEDU; sempre di più, il consenso informato, quale scelta morale dell'individuo, è riconosciuto come un aspetto centrale nelle decisioni relative al fine vita.

Secondo l'interpretazione evolutiva che ha determinato il progressivo ampliamento della portata della previsione dell'art. 8 CEDU, in linea con una graduale ma sempre più ampia affermazione del diritto di vivere nel modo più corrispondente alle proprie inclinazioni, per i giudici di Strasburgo le questioni di fine vita debbono più correttamente essere inquadrare invocando l'applicazione dell'art. 8 CEDU che garantisce l'individuo nel godimento di diritti legati all'autonomia personale da interferenze statali, non previste per legge, che perseguano uno scopo legittimo e siano necessarie in una società democratica .

L'ingerenza nel suo esercizio da parte dello Stato deve quindi essere "necessaria in una società democratica".

L'ingerenza deve essere sorretta da motivi pertinenti e sufficienti ed essere proporzionale alla finalità perseguita, ovvero garantire un corretto equilibrio tra l'interesse del singolo e l'interesse generale, in un contesto - "la società democratica" - caratterizzato da pluralismo, tolleranza e spirito di apertura.

Nel valutare la giustificazione dell'ingerenza statale nel godimento di un diritto, la Corte muove sempre dal riconoscere un margine di apprezzamento agli Stati ovvero uno spazio di discrezionalità nel dare attuazione ai diritti previsti dalla Convenzione europea negli ordinamenti interni.

Trattasi di uno spazio dai confini mobili la cui ampiezza varia a seconda del livello di omogeneità degli ordinamenti europei in una determinata materia, della natura particolarmente controversa dal punto di vista etico della questione sottoposta e dell'aspetto specifico del diritto che si lamenta violato.

Ora, benchè la giurisprudenza della Corte EDU non sia priva di incongruenze, essa presenta spunti che inducono a ritenere che *l'ultimo* diritto di ogni uomo ed ogni donna possa trovare una collocazione sul piano della tutela diritti fondamentali.

Pertanto, al di là della mancanza di consenso tra gli ordinamenti dei Paesi europei, in forza dei principi espressi, poiché la normativa statale (la nostra) ammette sia pure con i limiti indicati, la liceità del suicidio medicalmente assistito, si ritiene che lo stesso debba essere assicurato senza discriminazione da valutarsi secondo il parametro "*di ogni altra condizione*", a tutti i malati che si trovano nelle medesime condizioni così da salvaguardare in concreto il godimento dei diritti e delle libertà fondamentali.

Pertanto, in casi come quelli in esame, la "*dipendenza da trattamenti di sostegno vitale*" quale condizione di liceità dell'aiuto al suicidio medicalmente assistito si ritiene possa integrare una violazione degli artt 117 Cost e art 8 Cedu in quando non vi sarebbe giustificazione dell'ingerenza statale –ancorata alla necessità di tutela delle vittime vulnerabili ex art 2 – rispetto alla contrazione del diritto di autodeterminazione del paziente trattandosi di pazienti capaci di autodeterminarsi nelle questioni di fine vita (diritto garantito dall'art. 8 Cedu) e genererebbe così una discriminazione rispetto ad una condizione personale del tutto accidentale in quanto dipendente dalla tipologia di malattia.

Sulla base di quanto esposto, non potendosi nei casi esaminati applicare la causa di non punibilità procedurale enucleata con la sentenza della Corte Costituzionale n 242/2019 nemmeno attraverso una lettura costituzionalmente orientata, la condotta posta in essere da MARCO CAPPATO deve ritenersi astrattamente sussumibile nell'ambito applicativo dell'art 580 cp.

Tale applicazione si ritiene tuttavia in contrasto con gli artt 2, 3, 13 e 32 Cost della Costituzione e 8 e 14 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo in quanto lesiva del diritto all'autodeterminazione del malato non dipendente da un trattamento sanitario vitale e tuttavia affetto da una patologia irreversibile fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili che ha manifestato la propria decisione, formatasi in modo libero e consapevole, di porre fine alla propria vita.

PQM

DICHIARA

Rilevante e non manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale relativa all'art 580 cp nella parte in cui prevede la punibilità della condotta di chi agevola l'altrui suicidio nella forma di aiuto al suicidio medicalmente assistito di persona non tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale affetta da una patologia irreversibile fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili che abbia manifestato la propria decisione, formatasi in modo libero e consapevole, di porre fine alla propria vita per violazione degli art 2, 3, 13, 32, 117 Cost in riferimento agli art 8 e 14 Cedu.

DISPONE

ai sensi dell'art 23 L. 87/1983 l'immediata trasmissione degli atti alla Corte Costituzionale e sospende il giudizio in corso.

SOSPENDE

Il procedimento e i relativi termini prescrizionali sino alla definizione del procedimento incidentale avanti alla Corte Costituzionale.

MANDA

Alla Cancelleria perché provveda alla notifica della presente ordinanza all'indagato, ai sigg.ri Pubblici Ministeri presso il Tribunale di Milano, al Sig. Presidente del Consiglio dei Ministri e che sia comunicata ai Sigg.ri Presidenti delle due Camere del Parlamento.
Milano,

Il Giudice per le Indagini Preliminari

Dott.ssa Sara Cipolla



TRIBUNALE ORDINARIO DI MILANO
DEPOSITATO UGO
MILANO

