



TRIBUNALE DI MILANO

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

Il Giudice per le Indagini Preliminari, dott.ssa

letta la richiesta di archiviazione avanzata dai sigg.ri Pubblici Ministeri

nei confronti di **CAPPATO Marco**, nato a Milano, residente a Milan
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,

Maria Elisa D'AMICO del foro di Milano,
dall'Avv. Tullio PADOVANI del foro di Pisa,

INDAGATO

per i reati p. e p. dall'art. 580 c.p., commessi

- nei confronti della persona offesa
- nei confronti della persona offesa

visto il provvedimento del Presidente della Sezione Gip- Gup presso il Tribunale di Milano
li assegnazione del procedimento alla sottoscritta

letta la sentenza della **Corte Costituzionale n 66/2025** con la quale sono state ritenute
non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art 580 cp sollevate con ordinanza
emessa dalla sottoscritta del registro ordinanze
2024 della Corte Costituzionale,

osserva

il presente procedimento prende avvio dalle denunce sporte *contro se stesso* da Marco
Cappato – tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni” – il quale presentatosi, in data
presso i Carabinieri di Milano, Stazione di Milano Duomo

Principale, dichiarava di aver accompagnato in Svizzera
ove gli stessi avevano programmato, in apposite strutture autorizzate, il proprio fine vita
avvenuto mediante auto-somministrazione di farmaco letale attraverso la procedura di
suicidio assistito.

Disposta la riunione in data stante la connessione soggettiva e oggettiva dei
fatti oggetto dei procedimenti, i sigg.ri Pubblici Ministeri – espletati i necessari
approfondimenti istruttori – ne richiedevano l'archiviazione ritenendo che gli elementi
acquisiti nel corso dell'attività d'indagine, non consentivano di formulare una ragionevole
previsione di condanna come previsto dall'art 408 cpp.

I fatti

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.

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 (vedasi cartella clinica*

*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*

, recante diagnosi di carcinoma al cuoio capelluto e cute del collo).

*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 del Nucleo Cure Palliative 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” (come riferito a s.i.t. dal marito*

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 salvanità.*

*Già dal mese di febbraio, 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
termine.

dichiarandosi, inequivocabilmente, contraria a cure palliative a lungo

Dalla documentazione clinica, da quella olografa ("diario testamentale") e dalle s.i.t. rese dal marito si evince che 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 sig.ra optava per la struttura svizzera 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 la signora 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 decedeva, a seguito di auto somministrazione di un farmaco letale, in data

Il decesso di

I problemi di salute di comparivano 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 (ipertono 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)"

La malattia, identificata in un Parkinson Atipico, progrediva velocemente, costringendo il . 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.

In data , 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 (

In data a causa della frattura — avvenuta in ambito domestico per una caduta accidentale — del femore destro, 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 dottoressa la quale, nel diagnosticare una disfagia in parkinsonismo, indicava per la necessità di nutrizione enterale con fabbisogno giornaliero di 8 vasetti di acquagel/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 presso la sua abitazione, essendo lei stessa affetta da grave patologia).

Dopo la frattura al femore, il sig. 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 dott.ssa 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 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 familiari 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. dott.ssa

Diario Cure palliative domiciliari

(Referente clinico:

Case manager:

medico palliativista

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 (omogeneizzata), 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 assistenziale il Sig. 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.

Lo stesso incontrava Marco CAPPATO spiegandogli le ragioni della sua scelta e chiedendogli il suo aiuto. Quando anche la moglie del sig. si ammalava di carcinoma al polmone che la costringeva così, forzatamente, a diminuire la sua assistenza al marito, i contatti tra il 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 il sig. 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 sopra esposte, alla luce degli elementi istruttori raccolti (verbali di s.i.t. e relazioni di consulenza tecnica) presenti in atti, i sigg.ri Pubblici Ministeri presentavano al Giudice per le Indagini Preliminari richiesta di archiviazione ai sensi dell'art 408 cpp ritenendo la condotta contestata all'odierno indagato rientrante nell'area di non punibilità della scriminante procedurale nell'ambito dell'art 580 cp come delineata dalla Corte Costituzionale con sentenza n 242/2019.

Gli scriventi PM sostenevano 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**

violò 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 sottoporsi 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."

La questione di legittimità costituzionale

Questo Giudice, ritenendo di non poter aderire *sic et simpliciter* alla lettura costituzionalmente orientata dell'art 580 cp sollecitata dai sigg.ri Pubblici Ministeri i quali nell'invocare l'applicazione della 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 sarebbe punibile, per le ragioni già esposte nell'ordinanza di rimessione alla Corte Costituzionale n 164/2024 -che qui integralmente si richiama- sollevava questione di legittimità costituzionale.

In particolare, si è ritenuto che la condotta contestata all'odierno indagato non fosse di per sé riconducibile nell'ambito applicativo della **scriminante procedurale** delineata dalla Corte Costituzionale e dunque, estranea alla previsione di cui all'art 408 cpp (ed al parametro di giudizio ivi contenuto), risultando in atti che M. Cappato aveva 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.

Invero, nel caso di specie, all'atto dell'esecuzione della condotta incriminata ed ascritta a Marco CAPPATO, né la *dipendevano in senso tecnico* da un trattamento sanitario vitale.

Non potendo il giudice *a quo* esercitare un potere non previsto dalla legge come quello di ricomprendere nell'area di legalità condotte "*apparentemente*" prive dei requisiti richiesti per l'affermazione di non punibilità, si è attivato l'intervento della Consulta.

Invero, si è ritenuto ai fini dell'operatività della scriminante che il delicato bilanciamento degli interessi coinvolti che deve sempre essere operato *ex ante* (in quanto ancorato ad una procedura costitutiva di liceità tassativamente predeterminata), non può essere rimesso al singolo interprete venendo in rilievo la *ratio* che anima le *scriminanti procedurali*, pena il rischio di spostare l'architettura del sistema dal punto che regge l'equilibrio tra il rischio di essere il paziente *indotto* ad una richiesta anticonservativa e l'esigenza da salvaguardare di coloro che hanno una *prospettiva di vita molto ridotta* ... "*ma non ancora nella fase di prognosi infausta a breve*

termine o di imminenza della morte tale da richiedere la sedazione palliativa profonda continua di cui all'art 2 co 2 L.219/2017").

La fattispecie di cui all'art 580 cp: istigazione o aiuto al suicidio

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'interpretazione costituzionalmente orientata della norma per effetto della giurisprudenza della Corte Costituzionale

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 *...* (cfr. Cass. 21748/2017) e di *...* (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 *...*, la Corte di Assise di Milano (con riferimento alla condotta di accompagnamento in auto di *...* presso una clinica elvetica ove decedeva per l'auto-somministrazione di un 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 ed 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, sulla base dei principi costituzionali dettati dagli artt. 2, 13 comma 1 della Costituzione ed dall'art. 117 della Costituzione con riferimento agli artt. 2 e 8 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, all'individuo deve essere riconosciuta la libertà di decidere quando e come morire e, 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**, **ferma la necessità di un intervento normativo in materia, con la sentenza 22 novembre 2019, n. 242**

... sul presupposto della legittimità costituzionale del divieto penale dell' "aiuto al suicidio" di cui all'art. 580 c.p., dichiarava l'**illegittimità costituzionale della norma citata 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, 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 richiamare il preciso dovere dello Stato di tutelare la vita umana (n.d.r. di cui all'art 2 Costituzione), ribadisce la piena legittimità costituzionale della **fattispecie penale di "aiuto al suicidio"** e nel bilanciamento con il diritto all'autodeterminazione (secondo il quale ciascun individuo deve poter compiere da sé le scelte fondamentali che concernono la propria esistenza, incluse quelle afferenti la morte), individua un'area di non punibilità per "chi aiuta a morire" al ricorrere di determinate condizioni: ossia che si tratti di 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.**

La Corte Costituzionale precisa che trattasi di persone che potrebbero lasciarsi morire chiedendo l'interruzione dei trattamenti sanitari necessari alla loro sopravvivenza o anche rifiutandoli *ab initio*.

Con la pronuncia n 242/2019, la Corte Costituzionale segna così nel nostro ordinamento, il solco applicativo di una nuova causa di giustificazione 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 nella pronuncia, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi.**

La causa di giustificazione procedurale

Com'è noto attraverso la causa di giustificazione procedurale, la Consulta sposta la protezione primaria del bene giuridico dal terreno tradizionale dell'incriminazione a quello delle cause di giustificazione la cui applicazione presuppone l'accertamento delle condizioni ivi previste volte a 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 procedimentalizzazione 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.

Nella scriminante procedurale, il bilanciamento degli interessi non avviene *ex post* in quanto rimesso al singolo giudice ma *ex ante* essendo ancorato ad una procedura costitutiva di liceità tassativamente predeterminata.

L'ancoraggio proposto dalla Corte Costituzionale alla procedura prevista dalla L. 219/2017 mira proprio a ricondurre le pratiche di suicidio medicalmente assistito al controllo medico dei presupposti legittimanti, la cui esistenza sola legittima lo spazio riconosciuto di esercizio del diritto all'aiuto di morire.

La Corte Costituzionale afferma che se il fondamentale rilievo del valore del bene vita non esclude l'obbligo di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria vita interrompendo i trattamenti sanitari, parimenti non v'è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto all'accoglimento della richiesta del malato di avere un aiuto che valga a sottrarlo al decorso lento ma comunque inesorabile che lo conduce alla morte.

Considerato che la Legge n 219/2017 non consente al medico di mettere a disposizione del paziente che rifiuta un trattamento sanitario, trattamenti diretti non già ad alleviare le sofferenze ma a provocarne la morte, questa può in alcuni casi, essere l'esito di un processo lento e carico di sofferenze anche per le persone care.

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 poi, 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 delle situazioni di particolare vulnerabilità.

I criteri previsti dalla pronuncia della Corte Costituzionale n. 242/2019 e la portata attuale del diritto all'autodeterminazione terapeutica alla luce della sentenza n 66/2025.

La Corte Costituzionale richiamando le pronunce sui casi (G.I.P. di Roma, sentenza n. 2019 del 2007) ed (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 può 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 sottolineati 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 ed 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 sofferenze (L. 38/2010 disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore).

Di rilievo è in particolare, ai nostri fini, il fatto che il Legislatore, nel valutare la legittimità del "dissenso informato", non ha posto alcun limite all'autodeterminazione dell'individuo nel rifiuto ai trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, dovendosi verificare se esso sia *"libero e informato"* garantendogli comunque ogni azione di sostegno anche psicologico, a suo favore.

In definitiva, in caso di malattia, vige – nel nostro ordinamento - il diritto a lasciarsi morire; ma a fronte del pieno riconoscimento del diritto a rinunciare alle cure, anche quando ciò si traduca in una forma di c.d. eutanasia passiva, **permane il totale divieto di qualsiasi forma di accelerazione della morte altrui in modo attivo (c.d. suicidio assistito).**

La Corte Costituzionale, in altre parole, con la pronuncia n 242/2019 ha ritenuto che, vigenti i presupposti indicati, fosse costituzionalmente imposto uno spazio di libertà nell'autodeterminazione delle scelte del fine della vita precisando al contempo che, nel nostro ordinamento, tale spazio non è illimitato ed incontra limiti tanto formali – volti alla verifica dell'integrità del consenso – quanto sostanziali – che incidono, cioè, sul perimetro in cui il consenso stesso può legittimamente manifestarsi.

La Corte Costituzionale ha pertanto, individuato una serie di parametri cui è subordinato l'esercizio del diritto di autodeterminazione nelle scelte del fine vita, ossia:

- a. presenza di una patologia irreversibile;

- b. che sia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche ritenute assolutamente intollerabili;
- c. che impedisca alla persona di rimanere in vita se non per il mezzo di trattamento di sostegno vitale;
- d. che non privi il soggetto della capacità di prendere decisioni libere e consapevoli.

In definitiva, nel caso rimesso alla Corte Costituzionale, la non punibilità dell'aiuto prestato da altri al malato irreversibile si fonda sulla consapevole scelta di non punire chi si limita ad essere mero esecutore della volontà che il titolare non può mettere in atto per l'impossibilità materiale, secondo i cardini su cui si fonda l'alleanza terapeutica: in tali casi afferma la Corte *“il fondamentale rilievo del valore della vita non esclude l'obbligo di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza tramite l'interruzione dei trattamenti sanitari – anche quando ciò richieda una condotta attiva sul piano naturalistico da parte di terzi (quale il distacco o lo spegnimento di un macchinario, accompagnato dalla somministrazione di una sedazione profonda continua e di una terapia del dolore)– “.*

Con la sentenza n 135/2024, la Corte Costituzionale precisava che la sussistenza del requisito di “trattamento sanitario vitale” indicato quale medicalmente necessario, non richiede che esso sia in corso: la Consulta asseriva che *“da un punto di vista costituzionale non vi può essere dunque, distinzione tra la situazione del paziente già sottoposto a trattamenti di sostegno vitale di cui può pretendere l'interruzione e quella del paziente che, per sopravvivere, necessita, in base a valutazione medica, dell'attivazione di simili trattamenti che però può rifiutare: nell'uno e nell'altro caso, la Costituzione e in ossequio ad essa, la legge ordinaria (art 1 co 5 L. 219/2017) riconoscono al malato il diritto di scegliere di congedarsi dalla vita con effetti vincolanti nei confronti dei terzi.”*

Con sentenza n 66/2025, la Corte Costituzionale meglio precisa e dunque di fatto aggiunge un ulteriore tassello nel processo di definizione dei confini della scriminante procedurale in parola, affermando e dunque, ribadendo, sulla base di quanto già affermato nella pronuncia n 135/2024, l'operatività del requisito anche nei confronti di pazienti che non hanno in corso un trattamento sanitario vitale perché *rifiutato* purché sussistano gli ulteriori criteri già previsti con la pronuncia n 242/2019.

Applicazione dei criteri di cui alle sentenze n 242/2019, n. 135/2024 e n 66/2025 della Corte Costituzionale al caso di specie

Il portato rilevante della pronuncia n 66/2025 si manifesta concretamente nella sua applicazione pratica ai casi in esame.

erano entrambi 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, il marito, _____, 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 _____ del PM: i dottori _____ dichiaravano che – per la patologia da cui era affetta la persona offesa – 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 Sig.ra

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

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

Nella relazione della consulenza tecnica disposta, la 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 del*

Il decesso dunque, non era 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 giungeva poi il professor nel suo elaborato, realizzato sulla base di un confronto approfondito con i

e sottoscritto da sedici su diciotto di questi.

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

Sussistono inoltre, gli ulteriori requisiti previsti dalla Consulta ai fini dell'applicazione della scriminate procedurale ossia quello della connotazione **"cruciata" della patologia quale fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che il paziente reputa intollerabili e la presenza di una scelta libera e consapevole.**

vivevano in una condizione di sofferenza estrema per le patologie di cui erano affetti; entrambi erano inoltre, consapevoli delle intollerabili ed inaccettabili sofferenze fisiche e psicologiche alle quali sarebbero andati incontro con l'inevitabile corso e progressione delle patologie che gli affliggevano.

Entrambi avevano formato in maniera autonoma e libera *"la decisione di morire"* e così parimenti avevano *"rifiutato le terapie proposte* (ulteriore ciclo di chemioterapia per la sig.ra e posizionamento della P.E.G. e contattato l'associazione Luca Coscioni e poi l'indagato, per l'organizzazione *"dell'ultimo viaggio"* che certamente, viste le condizioni di salute, non potevano effettuare autonomamente.

All'atto della scelta (ndr: ossia il rifiuto di trattamenti sanitari), la sig.

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 marito ***"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 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 esprimeva nella missiva che il scriveva alla clinica *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^a 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

il marito dopo la rottura del femore “... 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”.

Entrambi, pienamente 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 sig.ra e posizionamento EGC per nonché l’ingresso in Hospice per l’avvio delle cure palliative eventualmente abbinate 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.

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 de. 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
Mia moglie sceglieva la perché la trovava veloce nello svolgere le pratiche. Il primo

contatto lo aveva con tale peggioramento della malattia.

Lei chiedeva di avere una data ravvicinata, magari prima delle ferie e del

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."

- in ordine alla autonoma formazione della volontà del marito di ricorrere al suicidio assistito, asseriva: "I primi segnali sono arrivati nella primavera del 2017 quando realizzava che nessuna cura avrebbe potuto aiutarlo a migliorare la sua condizione. **Lui si opponeva fermamente all'idea della prospettazione a breve dell'ausilio di presidi quali ad esempio la PEG (alimentazione forzata).** Io rispetavo 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 da tenere da parte dei medici in ordine alle pratiche** per il fine vita attraverso dettagliate direttive relative all'assistenza dei malati terminali, per i casi di cure palliative, per l'esecuzione di una richiesta di interruzione delle terapie e di 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.*

Sulla base di quanto sino a qui esposto si ritiene sussistere alla luce delle decisioni assunte dal Supremo Giudice delle Leggi, i requisiti richiesti ai fini della applicazione della speciale causa di giustificazione procedurale elaborata dalla Corte ricorrendo 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), sottoposto ad un trattamento sanitario.

Sussiste altresì alla luce del contenuto della sentenza n 66/2025 l'ulteriore requisito previsto ossia quello di essere i malati, nella specie i sig.ri ***"tenuti in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale"***.

Nel caso di specie il requisito del *trattamento di sostegno vitale* nella portata precisata dalla Corte Costituzionale deve dirsi sussistente in quanto medicalmente previsto e prospettato (nella specie, si trattava di un nuovo ciclo di chemioterapia per la e del posizionamento PEG per il sig. e da entrambi rifiutato in quanto inutile, espressivo di un "accanimento terapeutico" secondo la scienza medica e da entrambi ritenuto non dignitoso secondo la propria sensibilità e percezione.

Per tutto quanto esposto,

PQM

Visto l'art 409 cpp

Accoglie

La richiesta di archiviazione avanzata dalla locale Procura della Repubblica nelle persone dei sigg.ri Pubblici Ministeri
 della Repubblica presso il Tribunale di Milano- e -Procuratore Aggiunto della Procura
 della Repubblica presso il Tribunale di Milano-. -Sostituto Procuratore

Dispone la restituzione degli atti al Pubblico Ministero.

Manda alla Cancelleria per gli adempimenti.

Milano,