

La Corte costituzionale apre al diritto all'assistenza nel morire in attesa dell'intervento del legislatore (a margine della sent. n. 242 del 2019) *

di Omar Caramaschi – Dottorando di ricerca in diritto costituzionale interno, comparato ed europeo nell'Università degli Studi di Genova

ABSTRACT: The paper analyses the Constitutional Court's decision no. 242 of 2019 concerning assisted suicide, following the decision no. 207 of 2018 and the inactivity of the legislator. The paper examines the cases in which the Constitutional Court admits assisted suicide, as well as the problems relating to the additional requirements that the constitutional judge indicates (national health system, ethics committees and conscientious objection). Finally, some comments are made on Parliament's future legislative intervention on the end of life matter.

SOMMARIO: 1. La Corte risponde all'inerzia del legislatore ripartendo dall'ordinanza n. 207 del 2018. – 2. Dalla rilettura dell'art. 580 c.p. all'apertura al suicidio assistito in determinate circostanze: verso un diritto a morire con dignità?. – 3. Gli ulteriori requisiti indicati dal giudice costituzionale e i possibili profili problematici. – 4. Una nuova occasione per il Parlamento di occuparsi del fine vita.

* Lavoro sottoposto a referaggio secondo le linee guida della Rivista. Il contributo si colloca nell'ambito del forum sulla sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019 in merito al cosiddetto "caso Cappato".

1. La Corte risponde all'inerzia del legislatore ripartendo dall'ordinanza n. 207 del 2018

Di fronte alla sostanziale inattività del legislatore – non essendo sopravvenuta alcuna normativa in materia e risultando improbabile un imminente intervento dello stesso – la Corte ha ritenuto di non potersi ulteriormente esimere da una pronuncia di merito sulle questioni già ampiamente trattate nell'ordinanza n. 207 del 2018¹.

Con quest'ultima – o meglio con il rinvio della trattazione in essa contenuto – il giudice delle leggi ha proceduto con una tecnica decisoria diversa, ma che sostanzialmente risponde alla stessa logica della “doppia pronuncia”, ossia una decisione di incostituzionalità che fa seguito ad una sentenza di inammissibilità con monito².

La Corte ha così operato non molto diversamente da come era stato da qualcuno immaginato ossia che essa avrebbe, in prima battuta, agito «trincerandosi dietro l'argomento che la questione è di ordine politico, e che solo il legislatore può pronunciarsi sul punto», mentre, in seguito, nel caso fosse entrata – come è successo – nel merito essa sarebbe stata «costretta a decidere scegliendo tra alternative di carattere etico, dimostrando ancora una volta che essa, alla fin fine, è un soggetto politico»³.

Se nell'ordinanza n. 207 del 2018 sembrava fatta salva la sfera di intervento discrezionale del legislatore chiamato ad intervenire per determinare i «delicati bilanciamenti» che il caso concreto richiedeva, con la sentenza in esame la Corte ha deciso di *decidere*, al fine di rimuovere quel *vulnus* che essa aveva già riscontrato nella succitata ordinanza, non limitandosi tuttavia a tale obiettivo, ma di fatto arrivando a produrre una regolazione autosufficiente e innovativa⁴, seppure parziale, in tema

¹ Sull'ordinanza n. 207 del 2018 v., *ex multis*, M. RUOTOLO, *L'evoluzione delle tecniche decisorie della Corte Costituzionale nel giudizio in via incidentale. Per un inquadramento dell'ord. n. 207 del 2018 in un nuovo contesto giurisprudenziale*, in *Rivista AIC*, 2/2019, 644 ss.; C. SALAZAR, «Morire sì, non essere aggrediti dalla morte». *Considerazioni sull'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale*, in *Quad. cost.*, 3/2019, 567 ss.; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2/2019, 133 ss.; E. GROSSO, *Il rinvio a data fissa nell'ordinanza n. 207/2018. Originale condotta processuale, nuova regola processuale o innovativa tecnica di giudizio?*, in *Quad. cost.*, 3/2019, 531 ss.

² Sulla tecnica decisoria adottata dalla Corte in queste due decisioni v. in modo particolare R. PESCATORE, *Caso Cappato-Antoniani: analisi di un nuovo modulo monitorio*, in *Osservatorio costituzionale*, 1/2020, 1 ss. e i riferimenti ivi presenti.

³ G.U. RESCIGNO, *Dal diritto di rifiutare un determinato trattamento sanitario secondo l'art. 32, co. 2, Cost., al principio di autodeterminazione intorno alla propria vita*, in *Diritto pubblico*, 1/2008, spec. 110-111.

⁴ Cfr. A. RUGGERI, *Rimosso senza indugio il limite della discrezionalità del legislatore, la Consulta dà alla luce la preannunciata regolazione del suicidio assistito (a prima lettura di Corte cost. n. 242 del 2019)*, in *Giustizia Insieme*,

di fine vita e suicidio assistito⁵.

Tale agire del giudice costituzionale è stato criticato laddove questo è sembrato eccessivo al pari dell'inerzia e dei ritardi del decisore politico, in quanto entrambe dette condotte determinerebbero un forte *stress* a carico del sistema costituzionale; anche se sarebbe forse eccessivo ricavarne che d'ora in poi «alcun confine sicuro ed invalicabile entro il quale la volontà del legislatore, e solo essa, potrà affermarsi e farsi valere»⁶.

Non bisogna, infatti, dimenticare le vicende estremamente peculiari da cui tale sentenza si origina, nelle quali sono venuti infatti in rilievo aspetti di vitale rilevanza come l'autodeterminazione⁷ ad essere aiutati a procurarsi la morte in determinate circostanze: si tratta – come la Corte argomenta efficacemente – di situazioni eccezionali nelle quali essa si è sentita costretta ad assumersi l'onere di porre rimedio a *vulnus* costituzionali non sanabili in via interpretativa, al fine di garantire la legalità costituzionale anche a costo di emarginare, per quanto di ragione, la discrezionalità del legislatore, che peraltro conserva sempre la competenza di regolare la materia in maniera più organica⁸.

In questa direzione, dunque, la Corte non ha scelto di colmare i vuoti della disciplina legislativa – rischiando questi «di risolversi a loro volta [...] in una menomata protezione di diritti fondamentali – attraverso un annullamento completo della norma incostituzionale, ma ha ricavato essa stessa «i criteri di riempimento costituzionalmente necessari» (di fatto una “nuova” disciplina) sulla base di non (sempre) ben chiare «coordinate del sistema vigente»⁹.

24 novembre 2019 secondo cui si tratterebbe di «una vera e propria legislazione rivestita delle candide forme della sentenza».

⁵ Il rischio di appiattare la «richiesta di un'assistenza nel morire» sull'«aiuto al suicidio» è ben presente nella riflessione di S. CANESTRARI, *I tormenti del corpo e le ferite dell'anima: la richiesta di assistenza a morire e l'aiuto al suicidio*, in *penalecontemporaneo.it*, 2019, spec. 15. L'A. osserva, in maniera molto condivisibile, che nei casi delineati dalla Corte non si tratterebbe di un «attacco letale alla vita del corpo», dal momento in cui la volontà del malato sarebbe quella di «liberarsi da una prigione» ed «evadere da un corpo fattosi galera» (A. PUGIOTTO, *Variazioni processuali sul “caso Cappato”*, in A. MORRONE (a cura di), *Il “Caso Cappato” davanti alla Corte Costituzionale*, Bologna, 2018).

⁶ A. RUGGERI, *Rimosso senza indugio il limite della discrezionalità del legislatore*, cit.

⁷ Sul concetto di autodeterminazione v., tra gli altri, S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, Bari, 2012, 250 ss.; G. SALITO, *Autodeterminazione e cure mediche: il testamento biologico*, Torino, 2012, 5 ss.; G. FERRANDO, *Diritto alla salute e autodeterminazione tra diritto europeo e costituzione*, in *Pol. dir.*, 1/2012, 7 ss.; L. MINGARDO, *Incontro alle Sirene: autodeterminazione e testamento biologico*, Napoli, 2015.

⁸ Punto 4 del considerato in diritto della sentenza n. 242 del 2019.

⁹ *Ibidem*.

2. Dalla rilettura dell'art. 580 c.p. all'apertura al suicidio assistito in determinate circostanze: verso un diritto a morire con dignità?

Nel quadro predetto, si ritiene utile dar conto di alcune questioni di rilievo e di merito innescate dalla pronuncia in esame.

Innanzitutto, necessita una riflessione la scelta della Corte di escludere una secca declaratoria di illegittimità al fine di evitare abusi per la vita delle persone in situazioni particolarmente vulnerabili, richiamando una tecnica già sperimentata in altre decisioni su temi etici¹⁰; a tal fine viene riconosciuta in via di principio l'assenza di contrasto tra l'incriminazione dell'aiuto al suicidio e il testo costituzionale.

Da questo punto di vista, la Corte cerca di adeguare al complessivo quadro costituzionale la *ratio* della fattispecie dell'art. 580 c.p., legandola non più alle concezioni della vita proprie del codice Rocco, ma alla «tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio»¹¹. Desumendosi, quindi, un particolare disvalore del suicidio considerato «una scelta moralmente non condivisibile, non giustificabile ed avversata dalla stragrande maggioranza dei consociati» in quanto negatrice del rispetto della vita¹², laddove però il bene giuridico penalmente tutelato sembrerebbe non già la vita in quanto tale, né il diritto all'autodeterminazione individuale, quanto piuttosto l'autenticità dell'autodeterminazione del soggetto nel porre fine alla propria vita¹³.

Dall'altro lato, tuttavia, è valutato in maniera negativa il fatto che l'art. 580 c.p. sia orientato alla tutela di un interesse astratto e collettivo alla vita, sacrificando completamente il diritto di

¹⁰ Il riferimento è all'aborto (sentenza n. 27 del 1975) e alla fecondazione assistita (sentenze nn. 229 e 96 del 2015); l'idea della Corte è quella di subordinare «la non punibilità dei fatti che venivano di volta in volta in rilievo al rispetto di specifiche cautele, volte a garantire – nelle more dell'intervento del legislatore – un controllo preventivo sull'effettiva esistenza delle condizioni che rendono lecita la condotta» (punto 5 del considerato in diritto).

¹¹ Punto 6 del considerato in diritto dell'ordinanza n. 207 del 2018, nonché punto 2.2 del considerato in diritto della sentenza n. 242 del 2019.

¹² Così l'ordinanza di rimessione del 14 febbraio 2018, iscritta al n. 43 del registro ordinanze 2018 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 11, prima serie speciale, dell'anno 2018. La Corte d'Assise di Milano riprende in questo modo l'interpretazione della Corte di Cassazione, sez. I pen., sentenza n. 33244 del 9 maggio 2013. Critico sul punto G.U. RESCIGNO, *Dal diritto di rifiutare un determinato trattamento sanitario*, cit., 110-111, secondo cui il fatto che l'art. 580 c.p. sia ancora in vigore dimostra come il legislatore intenda mantenere «la traduzione in legge di un principio etico di derivazione religiosa (non per caso introdotto dal codice penale fascista del 1930, in pieno accordo con l'indirizzo dell'allora recente Concordato)».

¹³ Cfr. R. BARTOLI, *L'ordinanza della Consulta sull'aiuto al suicidio: quali scenari futuri?*, in *penalecontemporaneo.it*, 2019, nonché D. PULITANÒ, *Il diritto penale di fronte al suicidio*, in *Diritto penale contemporaneo*, 7/2018, 57 ss.

autodeterminazione in capo al malato, in particolare proprio nella fase finale della vita¹⁴.

Pertanto, la Corte, non ritenendo di dover continuare ad applicare tale disposizione a specifiche situazioni, perviene già nell'ordinanza n. 207 del 2018 a determinare, sulla base della vicenda oggetto del giudizio *a quo*, una «circostrita area di non conformità costituzionale della fattispecie criminosa», corrispondente con la condizione di chi, affetto da una patologia irreversibile e fonte di gravi sofferenze (ritenute intollerabili) e pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, risulti tenuto in vita grazie a determinati trattamenti sanitari¹⁵.

In questa situazione, per il malato che si trovi nell'impossibilità di darsi autonomamente la morte, l'unico modo per sottrarsi ad un mantenimento in vita artificiale potrebbe essere l'assistenza di terzi nell'attuare il gesto estremo.

La sola richiesta di interruzione dei trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza – così come disciplinata dalla legge n. 219 del 2017 e prevista dall'art. 32, secondo comma, Cost. – potrebbe tuttavia essere una modalità non ritenuta conforme alla visione della dignità nel morire dell'individuo¹⁶ qualora non vi corrisponda un trattamento diretto a determinare la morte immediata del malato, ma debba essere accompagnata dalla somministrazione di terapie palliative al fine di alleviarne le sofferenze¹⁷, cosicché «il paziente, per congedarsi dalla vita, è costretto a subire un processo più lento e più carico di sofferenze [per sé e] per le persone che gli sono care»¹⁸.

Su una tale premessa, la Corte costituzionale arriva, dunque, a sostenere che, nel caso in cui il malato, per porre fine alle proprie sofferenze e alla propria vita, sia costretto a transitare per una fase di sofferenza e degradazione della persona che ne leda la dignità, «il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce per limitare ingiustificatamente nonché irragionevolmente la libertà di

¹⁴ Cfr. G. BATTISTELLA, *Il diritto all'assistenza medica a morire tra l'intervento «costituzionalmente obbligato» del Giudice delle leggi e la discrezionalità del Parlamento. Spunti di riflessione sul seguito legislativo*, in *Osservatorio costituzionale*, 1/2020, spec. 9.

¹⁵ Punto 5 del ritenuto in fatto della sentenza n. 242 del 2019 laddove si richiamano i punti principali dell'ordinanza n. 207 del 2018.

¹⁶ Cfr. C. CUPELLI, *Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a se stessa. La sentenza n. 242 del 2019 e il caso Cappato*, in *Sistema Penale*, 12/2019, spec. 45.

¹⁷ Si vedano l'art 2, primo comma, della legge n. 219 del 2017, nonché il punto 2.3 del considerato in diritto della sentenza n. 242 del 2019.

¹⁸ Punto 2.3 del considerato in diritto della sentenza n. 242 del 2019. La decisione affronta anche il tema della sedazione profonda continua associata all'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale, soluzione che era stata prospettata a Fabiano Antoniani – e che dallo stesso era stata rifiutata – come rilevato nel giudizio *a quo*: la Corte osserva come questo tipo di sedazione avrebbe l'effetto di annullare in maniera totale e definitiva la coscienza e la volontà del soggetto fino al decesso, risultando comprensibile «come la sedazione terminale possa essere vissuta da taluni come una soluzione non accettabile».

autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita»¹⁹.

Il punto sembra cruciale e merita qualche ulteriore attenzione.

Innanzitutto, l'apertura del giudice costituzionale al suicidio assistito viene agganciata al diritto all'autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze e a condurlo, in via immediata, alla morte, sulla base del combinato disposto degli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., così da riconoscere un «diritto a morire rapidamente e con dignità»²⁰, pur se nei casi peculiari e alle condizioni indicate dalla stessa sentenza, aprendo in una certa misura a forme di eutanasia attiva²¹.

Se inizialmente la Corte riafferma di non poter ricavare un diritto inviolabile dell'individuo di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire né dall'art. 2 Cost., richiamando anche la giurisprudenza della Corte EDU²², né dal combinato disposto degli artt. 2 e 13, primo comma, Cost.

¹⁹ Punto 2.3 del considerato in diritto della sentenza n. 242 del 2019 che riprende solo in parte l'ordinanza n. 207 del 2018, laddove quest'ultima aveva aggiunto a tale periodo il seguente: «senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile, con conseguente lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive (art.3 Cost.)» (punto 9 considerato in diritto).

²⁰ C. MASCIOTTA, *Innovazioni procedurali e "nuovi diritti": i chiaroscuri dell'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale*, in *federalismi.it*, 6/2019, spec. 15-16. Si veda M. DONINI, *La necessità di diritti infelici. Il diritto di morire come limite all'intervento penale*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 2/2016, 555-581, spec. 570 ss. il quale individua due distinti diritti fondamentali, ossia il diritto a un aiuto nel morire e il diritto di morire, quest'ultimo implicitamente e strettamente connesso al rispetto del diritto di rifiutare le terapie. Inoltre G.U. RESCIGNO, *Dal diritto di rifiutare un determinato trattamento sanitario*, cit., 110-111, secondo cui il diritto a morire si ricaverebbe dallo stesso diritto alla vita, in quanto quest'ultimo andrebbe inteso «come principio che consacra l'autodeterminazione dell'individuo anche rispetto alla sua vita, sia quando si intende vivere (come sarà nella stragrande maggioranza dei casi) sia quando si intende morire (e cioè esercitare pur sempre il diritto alla vita)».

²¹ Il riferimento sarebbe a quelle forme di eutanasia che consistono in pratiche volte a cagionare il decesso di un individuo attraverso un c.d. "farmaco letale" il quale può essere assunto direttamente dal paziente (in tal caso l'eutanasia è diretta) ovvero somministrato dal medico o da un terzo (eutanasia indiretta); cfr. A. ALBERTI, *Il reato d'istigazione o aiuto al suicidio davanti alla Corte costituzionale. Il "caso Cappato" e la libertà di morire*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 20 marzo 2018, spec. 3-4. Sulle forme di eutanasia vedi, *ex multis*, C. TRIPODINA, *Eutanasia (voce)*, in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di Diritto pubblico*, Milano, 2006, 2369 ss.; M. PORZIO, *Eutanasia (voce)*, in *Enc. dir.*, XVI, Milano, 1967, 103 ss. Sottolinea, negativamente, questa apertura della Corte A. RUGGERI, *Fraintendimenti concettuali e utilizzo improprio delle tecniche decisorie nel corso di una spinosa, inquietante e ad oggi non conclusa vicenda (a margine di Corte cost. n.207 del 2018)*, in *Consulta OnLine*, 1/2019, 92 ss., spec.106-107, anche sulla scorta di un'indicazione al legislatore – presente nell'ordinanza n. 207 del 2018 ma non nella sentenza n. 242 del 2019 – con cui la Corte suggerisce l'approvazione di una legge che preveda il suicidio assistito attraverso «la somministrazione di un farmaco atto a provocare rapidamente la morte» (punto 10 del considerato in diritto).

²² Mentre la Corte costituzionale si limita a richiamare il caso *Pretty c. Regno Unito* del 2002 – con cui la Corte Edu aveva escluso di poter rinvenire negli artt. 2 e 8 della CEDU il diritto a morire – la Corte d'Assise di Milano, rileva come in sentenze più recenti quella Corte superi i principi di tale decisione, riconoscendo espressamente «an

sulla base di un «generico diritto all'autodeterminazione individuale», essa parrebbe infine giungere ad un'apertura verso talune forme di diritto di assistenza nel morire attraverso un richiamo congiunto degli artt. 2, 13 e 32 Cost²³.

La Corte, così, legando il diritto di autodeterminazione individuale (artt. 2 e 13, primo comma, Cost.) con la scelta terapeutica (art. 32, secondo comma, Cost.), sembrerebbe fornire di queste disposizioni costituzionali la stessa lettura di chi vede negli artt. 2, 13 e 32 Cost. la legittimazione del diritto a morire con l'aiuto di altri nel momento in cui la vita dovrebbe essere tutelata non soltanto biologicamente, ma anche «nel più pregnante dato biografico dell'avere una vita significativa per chi la vive, e che, qualora questa condizione venga meno, debba essere garantito il diritto di poter morire in modo corrispondente alla propria idea di dignità»²⁴.

Pertanto, laddove il nostro ordinamento riconosce e tutela il “diritto a lasciarsi morire” attraverso

individual's right to decide by what means and at what point his or her life will end, provided he or she is capable of freely reaching a decision on this question and acting in consequence, is one of the aspects of the right to respect for private life within the meaning of Article 8 of the Convention» (caso *Haas c. Svizzera* del 2011). Tuttavia, se da un lato la Corte EDU ha affermato che dall'art. 8 della CEDU possa derivarsi un diritto individuale di scegliere se e come porre fine alla propria vita, dall'altro, tale diritto può essere limitato dagli Stati membri solo nel caso in cui ciò sia strettamente necessario per proteggere la salute, la morale o la tutela dei diritti e delle libertà altrui. Su questa giurisprudenza v. G. RAZZANO, *La Corte costituzionale sul caso Cappato: può un'ordinanza chiedere al Parlamento di legalizzare il suicidio assistito?*, in *Diritti fondamentali*, 1/2019, 17 ss.; C. PARODI, *Una cauta pronuncia della corte europea in tema di eutanasia attiva*, su www.penalecontemporaneo.it, 2013; A. COLELLA, *La corte EDU si interroga sulla possibilità che dall'art. 8 CEDU discenda il diritto ad un suicidio dignitoso*, *ivi*, 2011; C. PARODI, *Una corte divisa su una materia divisiva: una pronuncia di Strasburgo in tema di suicidio assistito*, *ivi*, 2013.

²³ Il riferimento a questi tre articoli era già stato operato dalla Corte per fornire un fondamento costituzionale al consenso informato; nella sentenza n. 438 del 2008 essa aveva sostenuto che «[l]a circostanza che il consenso informato trova il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione» (punto 4 del considerato in diritto). Tuttavia non si può mancare di notare come tale diritto incontri il limite del bilanciamento con altri diritti, in modo particolare con la tutela della salute intesa come interesse collettivo (v., *ex multis*, sentenze nn. 5 del 2018, 107 del 2012, 226 del 2000 e 118 del 1996).

²⁴ C. TRIPODINA, *Diritti alla fine della vita e costituzione*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, Special Issue 2/2019, 405 ss., spec. 410-412; in questo senso di esprimono, tra gli altri, U. ADAMO, *Costituzione e fine vita*, Milano, 2018, 173 ss.; M.B. MAGRO, *Eutanasia e diritto penale*, Torino, 2001, spec. 200; A. ALGOSTINO, *I possibili confini del dovere alla salute*, in *Giur. cost.*, 3/1996, 3209 ss., spec. 3218. Non manca anche chi, invece, dagli stessi articoli ricava una lettura diversa secondo cui la disciplina penalistica che viene in rilievo sarebbe addirittura costituzionalmente dovuta, in quanto in linea con la lettera della Costituzione che, secondo questi autori, tutelerebbe la vita in quanto tale – e perciò sempre degna, anche in qualsiasi circostanza avversa, di essere vissuta – da ogni possibile attacco esterno; così, *ex multis*, G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, Torino, 2014, *passim*. Non manca chi come C. TRIPODINA, *Diritti alla fine della vita e costituzione*, cit., spec. 411-412 ritiene che degli artt. 2, 13 e 32 Cost. restino percorribili entrambe le letture, non derivando dal testo costituzionale una soluzione “a rime obbligate”.

la sospensione o il rifiuto delle cure – si pensi all’origine giurisprudenziale di tale diritto (i casi Welby ed Englaro su tutti), poi recepito anche dal legislatore nella legge n. 219 del 2017 – come conseguenza del diritto costituzionale di non curarsi²⁵, il diritto di poter scegliere quando e come morire, che non ha per l’innanzi trovato un riconoscimento esplicito, viene ora ad essere cautamente introdotto, a determinate condizioni e in alcune limitate circostanze, dalla Corte costituzionale²⁶.

Su questa linea, il quadro comparatistico è certamente tenuto in conto dalla stessa Corte²⁷, che analogamente a quanto già accade in altri ordinamenti caratterizzati da un modello c.d. “aperto”, pur mantenendo intatta la vigenza dell’art. 580 c.p., lo integra di una causa di non punibilità qualora (a) il paziente sia affetto da una patologia irreversibile, (b) questa sia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche ritenute assolutamente intollerabili dal malato, (c) la persona sia tenuta in vita attraverso trattamenti di sostegno vitale, (d) l’individuo interessato resti capace di prendere decisioni libere e consapevoli²⁸.

Requisiti per la cui indicazione concreta giocano tuttavia un ruolo preponderante, secondo uno schema speculare, le condizioni di Fabiano Antoniani della vicenda *a qua*.

²⁵ Cfr. E. CANALE, *La Corte costituzionale è chiamata a pronunciarsi sull’eventuale sussistenza del diritto a morire (Osservazioni a margine dell’ordinanza della 1^a Corte di Assise di Milano, 14 febbraio 2018, imp. Cappato)*, in *Osservatorio costituzionale*, 2/2018, spec. 8.

²⁶ Sulla qualificazione di questo come vero e proprio diritto v. D. PARIS, *Dal diritto al rifiuto delle cure al diritto al suicidio assistito (e oltre). Brevi osservazioni all’ordinanza n. 207/2018 della Corte Costituzionale*, in *Corti supreme e salute*, 3/2018, 3 ss.; A. APOSTOLI, *Ancora qualche osservazione in tema di fine vita (sperando che la corte non esiti oltre)*, in A. APOSTOLI – F. BIONDI – P. CARNEVALE – O. CHESSA – M. CECCHETTI – F. GALLO – I. PELLIZZONE – B. PEZZINI (a cura di), *Libertà fondamentali alla fine della vita. Riflessioni a margine dell’ordinanza 207 del 2018 della Corte costituzionale*, Firenze, 2019, spec. 11 la quale ritiene «il diritto a morire nel modo che si ritiene più simile al proprio concetto di dignità un diritto costituzionalmente garantito»; inoltre B. PEZZINI, *Dal caso Cappato al caso Fabiano Antoniani e ritorno, Dal caso Cappato al caso Fabiano Antoniani e ritorno: i vincoli di coerenza imposti dalla ordinanza 207/2018*, *ivi*, spec. 14-15 la quale colloca tale riconoscimento della Corte costituzionale in una posizione intermedia tra uno stretto collegamento con la sfera del diritto alla salute (art. 32, secondo comma, Cost.) e la «diversa dimensione del riconoscimento del valore della libertà del paziente nella dignità del morire» (artt. 2 e 13 Cost.). *Contra*, F. PARUZZO, *Diritto e diritti di fronte alla decisione di morire*, in *Rivista AIC*, 1/2019, spec. 369, per la quale non si tratterebbe di un diritto in senso proprio, ma di una mera “libertà di fatto”, nonché B. LIBERALI, *L’aiuto al suicidio “a una svolta”, fra le condizioni poste dalla Corte costituzionale e i tempi di reazione del legislatore?*, in *Diritti comparati*, 9 dicembre 2019; analogamente A. RUGGERI, *Fraintendimenti concettuali e utilizzo improprio delle tecniche decisorie nel corso di una spinosa, inquietante e ad oggi non conclusa vicenda (a margine di Corte cost. ord. n. 207 del 2018)*, *cit.*, spec. 97 secondo cui la Corte sembrerebbe «innaturalmente convertire la libertà materiale (e non già espressiva di una posizione costituzionalmente garantita) di persona che è in grado di porre da sé fine alla propria esistenza nel diritto costituzionale di persona in autonoma a pretendere da terzi l’adozione di comportamenti idonei allo scopo».

²⁷ Cfr. C. CASONATO, *Fine vita: il diritto all’autodeterminazione*, in *Il Mulino*, 4/2017, 597 ss., il quale ricomprende in questo modello Svizzera, Colombia, Canada e alcuni Stati degli USA (in particolare Oregon, Washington, Montana, Vermont, New Mexico, California), nonché Olanda, Belgio, Lussemburgo (laddove, però, la non punibilità è estesa anche ai casi di omicidio del consenziente).

²⁸ Cfr. punto 2.3 del considerato in diritto della sentenza n. 242 del 2019, ripreso dall’ordinanza n. 207 del 2018.

Innanzitutto, infatti, il primo requisito indicato dalla Corte, ossia il fatto che il paziente sia affetto da una patologia irreversibile si differenzia da un contesto comparato in cui molto spesso l'aiuto al suicidio viene invece subordinato alla presenza di una malattia in stato terminale²⁹. In questo senso, una malattia irreversibile appare una condizione ben più inclusiva rispetto allo stato terminale, dal momento che la Corte costituzionale pare abbia voluto riferirsi ad una patologia “non guaribile” sulla base delle conoscenze e delle tecniche medico-scientifiche disponibili nel momento in cui viene valutata la richiesta di assistenza medica a morire.

Anche l'aspetto relativo ai “trattamenti di sostegno vitale”, assente nelle legislazioni di ordinamenti stranieri analoghi, appare rilevante almeno per due profili. Pregiudizialmente, infatti, occorre comprendere se la Corte intenda rinviare a quanto già previsto dall'art. 1, comma 4, della legge n. 219 del 2017, ossia ai trattamenti che incidono sui processi vitali, così da consentire alla persona – svolgendo alcune fondamentali funzioni fisiche e biologiche – di restare in vita, come «la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici», nonché forme di supporto alla respirazione come la ventilazione meccanica (o artificiale); o se postuli comunque una specifica delimitazione della definizione di “trattamenti di sostegno vitale”³⁰ da parte del legislatore, in grado, tra l'altro, di disegnare decisamente la perimetrazione del diritto al suicidio assistito.

Ma, e veniamo al secondo profilo, è la stessa inclusione tra le condizioni che consentono di ottenere assistenza medica nel morire di “trattamenti di sostegno vitale” a far sorgere dubbi sul piano della ragionevolezza.

Invero, due situazioni per molti versi analoghe come il “lasciarsi morire” e il “suicidio assistito” trovano, quantomeno fino all'auspicabile intervento del legislatore, risposte giuridiche opposte con ciò determinandosi che alcune persone – pur malate irreversibilmente e sofferenti in un modo ritenuto non più sopportabile – si trovano «“condannate a vivere” contro la loro volontà e la loro

²⁹ Cfr. G. BATTISTELLA, *Il diritto all'assistenza medica a morire tra l'intervento «costituzionalmente obbligato» del Giudice delle leggi e la discrezionalità del Parlamento*, cit., spec. 15 il quale porta come esempi le legislazioni di Australia, Colombia, Germania e alcuni Stati degli USA.

³⁰ C.A. DEFANTI, *I trattamenti di sostegno vitale*, in *I diritti in medicina*, (a cura di) L. LENTI – E. PALERMO FABRIS – P. ZATTI, Milano, 2011, spec. 582 include in questa categoria, oltre ai trattamenti summenzionati, anche la rianimazione cardio-polmonare, le amine vasopressorie, i *pacemaker* e le dialisi. Altri come G. BATTISTELLA, *Il diritto all'assistenza medica a morire tra l'intervento «costituzionalmente obbligato» del Giudice delle leggi e la discrezionalità del Parlamento*, cit., spec. 19 ss. si interrogano sulla possibilità di comprendere anche trattamenti non strettamente vitali, ma che risultano fondamentali per garantire al malato una qualità di vita accettabile, che questo riterrebbe altrimenti difficilmente sostenibile.

(percezione di) dignità»³¹.

Se infatti la propria sopravvivenza dipende da un trattamento di sostegno vitale, il paziente ha il diritto di chiederne l'interruzione lasciandosi morire (*ex lege* n. 219 del 2017), ovvero – a partire da ora – di ottenere il suicidio medicalmente assistito, ponendo così fine alle proprie sofferenze³².

Se invece il malato ha la «sfortuna»³³ di vedere la propria vita svincolata da qualsiasi terapia vitale queste opportunità appena menzionate gli sono precluse: l'una perché non vi è alcun trattamento da interrompere, l'altra in quanto (per ora) viene a mancare uno dei requisiti legittimanti l'accesso del paziente al suicidio assistito.

3. Gli ulteriori requisiti indicati dal giudice costituzionale e i possibili profili problematici

La Corte apre al suicidio assistito nei casi che abbiamo poc'anzi esaminato – ossia quelli ritagliati sulle condizioni del paziente del caso *a quo* – affiancandovi altri elementi che essa ricaverebbe dalle «coordinate del sistema vigente», in modo particolare avendo come «punto di riferimento» la legge n. 219 del 2017, e ancorando il giudizio all'art. 32, secondo comma, Cost. e alla libertà di autodeterminazione terapeutica³⁴.

In questo senso, il richiamo alla legge n. 219 del 2017 consente alla Corte di collegare e circoscrivere l'aiuto al suicidio alla relazione terapeutica, estendendovi la “procedura medicalizzata” prevista dal legislatore, ma, come osservato, rendendo potenzialmente problematica un'estensione «della copertura costituzionale dell'irresponsabilità penale al di fuori di tale ambito e oltre i limiti dell'interruzione di trattamenti medici»³⁵.

Tale percorso “medicalizzato”, che comporta una verifica dei presupposti oggettivi indicati dalla

³¹ C. TRIPODINA, *Quale morte per gli “immersi in una notte senza fine”? Sulla legittimità costituzionale dell'aiuto al suicidio e sul “diritto a morire per mano di altri”*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 3/2018, 139 ss., spec. 147.

³² Cfr. C. TRIPODINA, *Diritti alla fine della vita e costituzione*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, Special Issue 2/2019, 405 ss., spec. 412, nonché R. BARTOLI, *L'ordinanza della Consulta sull'aiuto al suicidio: quali scenari futuri?*, in *penalecontemporaneo.it*, 2019, spec. 6-8.

³³ In questo senso S. RODOTÀ, *Il paradosso dell'uguaglianza davanti alla morte*, in S. SEMPLICI (a cura di), *Il diritto di morire bene*, Bologna, 2002, 40 ss.

³⁴ Cfr. E. FURNO, *Il “caso Cappato”: le aporie del diritto a morire nell'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale*, in *Rivista AIC*, 2/2019, spec. 146.

³⁵ C. CUPELLI, *Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a se stessa*, cit., spec., 47.

Corte – in particolare l’esistenza di una patologia irreversibile, le sofferenze fisiche o psichiche intollerabili per il paziente e la presenza di trattamenti di sostegno vitale – ricondurrebbe la fase terminale della vita nel campo dell’autodeterminazione terapeutica *ex art. 32*, secondo comma, Cost.³⁶: sicché anche la condotta del medico volta a facilitare il realizzarsi della morte, purché si concretizzino le dianzi ricordate condizioni, rientrerebbe nel rapporto medico/paziente, ossia «nel quadro dell’“alleanza terapeutica” che tiene uniti il malato ed il medico nella ricerca, insieme, di ciò che è bene rispettando i percorsi culturali di ciascuno»³⁷.

Spetterebbe, dunque, al medico, nell’ambito della summenzionata “alleanza terapeutica” tutelare il paziente attraverso «una peculiare forma di agevolazione del realizzarsi (con modalità soggettivamente più dignitose) di una morte comunque inevitabile di un paziente per il quale, nella fase terminale dell’esistenza, le sofferenze non sono più sopportabili»³⁸.

Emergono, tuttavia, talune criticità dal momento che, alla rilevante esigenza di verificare in maniera estremamente attenta le condizioni e le modalità di esecuzione dell’aiuto al suicidio, orientata ad «evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze»³⁹, la Corte affianca ulteriori condizioni, ossia l’attribuzione a strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale, come per la fecondazione assistita e l’aborto, della verifica delle condizioni legittimanti il suicidio assistito e delle modalità di esecuzione, e l’intervento nella procedura dei comitati etici territorialmente competenti.

Quanto alla prima condizione, ci si potrebbe infatti interrogare sull’effettiva capacità del sistema sanitario nazionale di sostenere l’incombenza, in modo particolare dal punto di vista organizzativo, specialmente in mancanza (come si vedrà a breve) di un obbligo nei confronti del personale medico⁴⁰.

³⁶ Per questa via, la Corte amplia ulteriormente la portata dell’art. 32 Cost. fino a ricomprendervi anche il diritto del malato terminale di ricevere aiuto per accelerare la propria morte: cfr. E. FURNO, *Il “caso Cappato”: le aporie del diritto a morire nell’ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale*, cit., spec. 147.

³⁷ Corte di Cassazione, I sez. civile, 16 ottobre 2007, n. 21748, relativa al caso di Eluana Englaro.

³⁸ C. CUPELLI, *Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a se stessa*, cit., spec., 48-49 il quale ritiene, inoltre, che la Corte abbia valorizzato pienamente l’autonomia decisionale del paziente (come da art. 1, terzo comma, della legge n. 219 del 2017), estendendola anche alle situazioni legate alla fase terminale della vita; secondo l’A. si potrebbe così parlare «non tanto un diritto a morire con dignità, quanto piuttosto un diritto alla piena dignità anche nel morire».

³⁹ Punto 5 del considerato in diritto della sentenza n. 242 del 2019.

⁴⁰ Cfr. C. CUPELLI, *Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a se stessa*, cit., spec., 50.

Circa i comitati etici⁴¹, istituiti per la diversa funzione di tutelare i diritti e il benessere degli individui sottoposti alla sperimentazione clinica di farmaci, o all'uso di questi e di dispositivi medici, sono sorti dubbi sulla loro reale idoneità a ricoprire il nuovo ruolo ad essi assegnato: da un lato per la loro composizione "mista"⁴² forse non del tutto adatta ad esaminare requisiti prevalentemente di natura clinico-medica; dall'altro, per un possibile rischio di approcci difformi tra i diversi comitati territorialmente competenti⁴³.

A queste due condizioni, la Corte ne affianca peraltro una terza relativa alla questione dell'obiezione di coscienza del personale sanitario rispetto alla procedura di aiuto al suicidio⁴⁴, per vero già messa in evidenza agli occhi del legislatore nell'ordinanza n. 207 del 2018 anche perché non affrontata nella legge n. 219 del 2017.

La Corte costituzionale scioglie però piuttosto rapidamente il dilemma non istituendo «alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici», chiarendo inoltre che «[r]esta affidato (...) alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato»⁴⁵.

Il rischio, tuttavia, è di rendere così aleatorio, se non impossibile l'agognato aiuto a porre fine

⁴¹ Rinvenuti dal giudice costituzionale in due disposizioni, ossia nell'art. 12, decimo comma, lett. c) del decreto-legge n. 158 del 2012 e nell'art. 1 del decreto del Ministro della salute dell'8 febbraio 2013 ("Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici").

⁴² L'art. 2, quinto comma, del decreto del Ministro della salute dell'8 febbraio 2013 prevede la seguente composizione: tre clinici; un medico di medicina generale territoriale; un pediatra; un biostatistico; un farmacologo; un farmacista del servizio sanitario regionale; in relazione agli studi svolti nella propria sede, il direttore sanitario o un suo sostituto permanente e, nel caso degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il direttore scientifico della istituzione sede della sperimentazione; un esperto in materia giuridica e assicurativa o un medico legale; un esperto di bioetica; un rappresentante dell'area delle professioni sanitarie interessata alla sperimentazione; un rappresentante del volontariato o dell'associazionismo di tutela dei pazienti; un esperto in dispositivi medici.

⁴³ Ciò potrebbe derivare tanto dalla possibilità che questi possano autonomamente adottare soluzioni tra loro molto diverse, seppur in presenza di casi analoghi (cfr. C. CUPELLI, *Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a se stessa*, cit., spec., 50), quanto dal fatto che tali comitati etici potrebbero essere orientati – nonostante la loro formale indipendenza – dagli indirizzi politici regionali e quindi agire conformemente a questi (cfr. M. D'AMICO, *Il "fine vita" davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019)*, in *Osservatorio costituzionale*, 1/2020, spec. 13-14). Inoltre, sempre secondo quest'ultima non bisogna sottovalutare che, nonostante questi comitati siano chiamati a svolgere una funzione in se stessa di natura consultiva, questo secondo requisito potrebbe trasformare «la procedura in qualcosa di troppo lungo e complesso per malati che stanno soffrendo e che si trovano in condizioni irreversibili».

⁴⁴ Il riferimento al personale sanitario, in luogo del solo medico, si comprende alla luce del fatto che la "relazione di cura" cui si riferisce la legge n. 219 del 2017 non si limita strettamente al rapporto tra medico e paziente, in quanto, in base all'art. 1, secondo comma, «contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'équipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo». Sul punto cfr. M. DI MASI, *La giuridificazione della relazione di cura e del fine vita. Riflessioni a margine della legge 22 dicembre 2017, n. 219*, in *Rivista di Diritti comparati*, 3/2018, 110 ss., spec. 127-128.

⁴⁵ Punto 6 della sentenza n. 242 del 2019.

alle proprie sofferenze nella maniera ritenuta più dignitosa, e di ridurre il suicidio assistito ad un “diritto” privo di una concreta azionabilità.

In altri termini, il diritto di autodeterminazione terapeutica del paziente e la richiesta di aiuto nel suicidio sembrerebbero restare assoggettati alla volontà e (soprattutto) alla coscienza individuale del medico⁴⁶, mentre nemmeno trascurabili paiono le implicazioni di carattere organizzativo del sistema sanitario⁴⁷. Si è infatti sottolineato come, al riconoscimento del diritto in parola, dovrebbe accompagnarsi, pur sempre nel rispetto di eventuali obiezioni di coscienza del personale sanitario, la presenza di almeno un medico pronto a dare seguito alla volontà del paziente⁴⁸.

4. Una nuova occasione per il Parlamento di occuparsi del fine vita

Quanto finora argomentato dovrebbe anche aver chiarito la portata non completamente esaustiva della decisione della Corte e la correlata consapevolezza sia di non esserlo, sia di non poterlo essere.

Almeno due sono pertanto le questioni che si pongono rispetto a questo (atteso) intervento del Parlamento.

La prima riguarda il grado di vincolatività che occorre riconoscere alle indicazioni fornite dalla sentenza in commento.

Se, infatti, da un lato, il legislatore non potrebbe non riconoscere le condizioni che legittimano la richiesta di assistenza al suicidio, così come delineate dalla Corte, dall'altro, trattandosi, come

⁴⁶ Cfr. M. D'AMICO, *Il “fine vita” davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019)*, cit., spec. 15-16. Secondo l'A., infatti, «la “coscienza” del medico è più forte della libertà di autodeterminazione e della richiesta di aiuto al suicidio collegata alla “dignità” del malato. [...] la pronuncia n. 242 del 2019, intesa in senso serio, ci rimanda a [...] uno scenario dove quelle condizioni estreme, descritte con precisione dal Giudice costituzionale e riportate nella stessa sent. n. 242, non garantiscono di per sé la possibilità che al malato sia assicurata la scelta di “aiuto”. [...] Si tratta, quindi, di riflesso di un diritto fondamentale subordinato alla “coscienza” del medico: ed è quindi una coscienza che avrà potere sul diritto di una persona, che, oltretutto, si trova in una condizione di estrema fragilità».

⁴⁷ In questo senso, con particolare riferimento alla legge n. 219 del 2017, cfr. A. PIOGGIA, *L'obiezione di coscienza nei consultori pubblici*, in *Istituzioni del Federalismo*, 1/2015, 121 ss.

⁴⁸ Cfr. C. CUPELLI, *Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a se stessa*, cit., spec., 50, nonché M. DI MASI, *La giuridificazione della relazione di cura e del fine vita. Riflessioni a margine della legge 22 dicembre 2017, n. 219*, cit., spec. 127-128 secondo cui al riconoscimento di questo diritto di prestazione dovrebbe fare seguito «la necessità che l'organizzazione ospedaliera garantisca, sempre e comunque, la doverosità del *satisfacere officio*».

accennato, di condizioni ritagliate sulla base del caso *a quo*, esse potrebbero rappresentare solo una variabile nell'ambito di una più complessa e organica disciplina⁴⁹.

Inoltre, ad esempio, v'è chi, pur ritenendo irreversibile il ruolo prefigurato per il Sistema sanitario nazionale e l'intervento di un organo di consulenza indipendente, non ritiene che per quest'ultimo si debba necessariamente far riferimento ai comitati territoriali⁵⁰.

La seconda questione si origina addirittura dal timore dell'indeterminato protrarsi dell'inerzia del legislatore.

Nel momento in cui si scrive, sembra di potersi peraltro fare conto solo sull'iniziativa corrispondente al d.d.l. A.S. 1494⁵¹, inteso a modificare l'art. 2 della legge n. 219 al fine di consentire la somministrazione, su richiesta del paziente e nell'ambito del sistema sanitario nazionale, di un farmaco idoneo a provarne la morte immediata nei casi individuati dalla Corte costituzionale nella sua sentenza, con l'esclusione della condizione per cui il malato debba essere mantenuto in vita tramite trattamenti di sostegno vitale.

Verrebbe in tal modo estesa la platea di beneficiari del suicidio medicalmente assistito, includendo anche chi – non tenuto in vita da detti trattamenti – risulti comunque affetto da patologie irreversibili, fonti di sofferenze fisiche o psichiche non più tollerabili e capace di assumere decisioni libere e consapevoli.

Corrispondentemente il d.d.l. introduce una causa di non punibilità per chi abbia cagionato (direttamente o indirettamente) la morte di una persona nelle ipotesi precedentemente delineate, modificando così non solo l'art. 580 c.p., ma anche gli artt. 575, 579 e 593 c.p.

⁴⁹ Così il Parlamento potrebbe intervenire non già per limitare la platea dei pazienti che possono richiedere il suicidio assistito (estendendo le condizioni richieste dalla sentenza), bensì potrà ampliarla in modo tale da ricomprendervi anche fattispecie ulteriori rispetto alle sole riferibili al caso *a quo*: si pensi, ad esempio, alla situazione affrontata alla fine del par. 2 circa i malati non dipendenti da trattamenti di sostegno vitale e ai relativi profili di violazione di uguaglianza e ragionevolezza.

⁵⁰ Cfr. C. CUPELLI, *Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a se stessa*, cit., spec., 55-56.

⁵¹ Recante "Modifiche all'art. 580 del codice penale e alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di aiuto medico a morire e tutela della dignità nella fase finale della vita". Il d.d.l a firma dei senatori Cirinnà, Cerno, De Petris, Mantero, Nencini, Nugnes e Rampi è stato comunicato alla Presidenza del Senato il 17 settembre 2019 ed è stato assegnato alle commissioni riunite 2^a (Giustizia) e 12^a (Igiene e sanità) il 16 ottobre 2019, benché il suo esame non risulti ancora iniziato.

Nulla si prevede però circa le implicazioni sanitarie ed organizzative dell'obiezione di coscienza. Un primo passo, certamente: ma, a quanto sembra, ancora isolato e parziale⁵².

⁵² Tuttavia, come alcuni hanno notato, questa è la strada giusta: mutamenti di tale portata devono passare – nonostante il ruolo dei giudici e della Corte costituzionale sia spesso fondamentale nel darvi avvio – da una necessaria riflessione pubblica e dall'imprescindibile discussione (e finanche deliberazione) all'interno dei luoghi della democrazia rappresentativa (cfr. C. TRIPODINA, *Quale morte per gli "immersi in una notte senza fine"? Sulla legittimità costituzionale dell'aiuto al suicidio e sul "diritto a morire per mano di altri"*, cit., spec. 151).