

REGOLE DI FINE VITA E POTERI DELLO STATO: SULLA ORDINANZA N. 207/2018 DELLA CORTE COSTITUZIONALE (*)

di Luciano Eusebi

SOMMARIO: 1. L'assetto normativo raggiunto con la legge n. 219/2017. – 2. La casistica di riferimento dell'ordinanza n. 207/2018. – 3. Non può prospettarsi come ormai compiuto un passo – l'ammissibilità del contribuire alla induzione della morte altrui – che il legislatore non ha inteso compiere. – 4. È forse incostituzionale la legge n. 219/2017? Il problema dell'approccio ai beni giuridici in gioco. – 5. Non si tratta di una mera integrazione del *già previsto* dalla legge n. 219/2017, ma di decidere se prendere commiato dal principio di indisponibilità della vita altrui: un passaggio assai difficilmente dominabile nei suoi effetti. – 6. Si può revocare in dubbio che l'ordinanza, complessa, n. 207/2018 abbia inteso orientare a un simile passaggio: sul ruolo del Parlamento nel rapporto tra poteri dello Stato e sull'approfondimento del tema che rimane aperto con riguardo all'udienza del settembre 2019.

1. L'assetto normativo raggiunto con la legge n. 219/2017.

Le problematiche relative alle scelte di fine vita avevano trovato nel nostro Paese un inquadramento normativo sufficientemente definito, entro l'ambito del rapporto medico, solo pochi mesi prima rispetto all'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale, attraverso la legge n. 219/2017 relativa alle decisioni sui trattamenti sanitari. Si era trattato, in materia, di una valutazione ponderata, alla luce di un iter parlamentare annoso e complesso, che aveva individuato alcuni punti di equilibrio piuttosto precisi tra istanze plurime di tutela, sebbene, inevitabilmente, con qualche problema aperto sul piano interpretativo¹. S'era anzi potuta constatare l'inusitata disponibilità a realizzare un punto d'incontro, circa la regolamentazione di quello che costituisce un tema biogiuridico del massimo rilievo, tra componenti culturali diverse: così che l'espressione di preoccupazioni o riserve non aveva condotto a prese di posizione significative *contro* la legge o tali da far valere istanze sociali diffuse rivolte a forzarne, senza nemmeno attendere riscontri applicativi, l'assetto di fondo. Di certo non ci si trovava, al momento dell'intervento della Corte costituzionale, dinnanzi a un'inerzia legislativa sul tema affrontato dall'ordinanza, né dinnanzi alla mancata

(*) Contributo destinato al volume *Il caso Cappato a margine dell'ordinanza della Corte Costituzionale n. 207 del 2018*, a cura di Francesco Saverio Marini e Cristiano Cupelli, ESI, Napoli, 2019.

¹ Si consenta il rinvio, in proposito, a L. EUSEBI, *Decisioni sui trattamenti sanitari o «diritto di morire»? I problemi interpretativi che investono la legge n. 219/2017 e la lettura del suo testo nell'ordinanza di rimessione alla Corte costituzionale dell'art. 580 c.p.*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 2018, 2, pp. 415 ss.

considerazione degli aspetti in essa presi in esame: aspetti che il legislatore aveva consapevolmente ritenuto di gestire secondo determinate modalità e non altre, come ben attestano alcune prese di posizione, in sede di dibattito in aula, della stessa relatrice di maggioranza².

In tale quadro, l'ordinanza n. 207/2018, concernente la nota questione di legittimità costituzionale sollevata dalla Corte d'Assise di Milano nell'ambito del c.d. caso Cappato con riguardo al divieto di aiuto al suicidio previsto dall'art. 580 c.p., interviene attraverso una modalità del tutto innovativa nel sistema italiano: *decide di non decidere*, al momento, in merito all'art. 580 c.p. e di rinviare a un anno la pronuncia sul tema: argomentando, da un lato, circa l'ineccipibilità costituzionale di principio di quel divieto, ma dichiarando, allo stesso tempo, di ravvisare un contesto nel quale il medesimo divieto non sarebbe giustificabile, nonché sollecitando, di conseguenza, il Parlamento ad assumere le decisioni necessarie per tradurre simile assunto sul piano legislativo e, in particolare, a definire una serie di requisiti, nella sostanza procedurali, affinché l'eccezione al suddetto divieto possa trovare realizzazione. Almeno in apparenza, una sorta di (inedita) legge delega della Corte costituzionale al Parlamento, subordinata alla prefigurazione di un giudizio che muoverà da come quest'ultimo avrà ritenuto di intervenire, o dalla sua inerzia³: impostazione, questa, che pone fra l'altro interrogativi circa la compatibilità con l'art. 67 della Costituzione.

Può essere utile dunque, per identificare i termini della questione in gioco, richiamare in sintesi il quadro normativo riguardante l'ambito delle scelte di fine vita desumibile dalla legge n. 219/2017 e cercare di chiarire, poi, come si collochino, rispetto a quell'ambito, le considerazioni svolte dalla Corte costituzionale.

La legge suddetta statuisce, in sostanza, che la sottoposizione di un individuo capace di intendere e di volere a un trattamento sanitario deve rimanere coperta, in modo costante (art. 1, co. 1), dal suo consenso «libero e informato» (attribuendosi rilievo anche a disposizioni anticipate di trattamento: art. 4). Il che vale pure con riguardo alla revoca del consenso che implichi l'interruzione di trattamenti salvavita: fermo in quest'ultimo caso l'obbligo per il medico di «prospetta[re] al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e [di] promuove[re] ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica» (art. 1, co. 5).

Del pari, ai sensi della legge n. 219/2017 «il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico»: per cui, in particolare, si prevede che «a tal fine è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e

² Cfr., p. es., il resoconto stenografico relativo alla seduta dell'Assemblea della Camera dei Deputati di martedì 4 aprile 2017.

³ Per ulteriori considerazioni di chi scrive circa l'ordinanza in esame cfr. L. EUSEBI, *Un diritto costituzionale a morire «rapidamente»? Sul necessario approccio costituzionalmente orientato a Corte cost. (ord.) n. 207/2018*, in corso di pubblicazione nella *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 2018, 4, e disponibile, altresì, nel portale *disCrimen*.

l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38» (art. 2, co. 1), precisandosi, altresì, che «in presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua», purché sussista il consenso del paziente (art. 2, co. 2).

Ne emerge il punto di equilibrio cui è pervenuto, ai nostri fini, il legislatore. *a)* Identificare l'ambito delle scelte legittime in materia di fine vita con quello delle scelte riguardanti l'attivazione e la prosecuzione di trattamenti sanitari, attribuendo di regola rilievo decisivo, in proposito, alla volontà del paziente: ciò che, dunque, costituisce oggetto della legge n. 219/2017 sono esclusivamente le scelte sui trattamenti sanitari, sebbene la rinuncia o l'interruzione riferiti a trattamenti salvavita implicino l'accettazione del fatto che la morte si verifichi senza contrasto ulteriore del decorso di uno stato patologico verso la medesima (rimanendo sempre garantito il diritto del malato di non soffrire). *b)* Escludere, di conseguenza, dall'ambito del lecito qualsiasi condotta che abbia per effetto il decesso del paziente *diversa* da quella astensiva, per mancanza di consenso, dall'attivare o dal protrarre trattamenti sanitari.

Un punto di equilibrio che presuppone il configurarsi di due profili problematici inevitabilmente connessi al testo normativo, rispetto ai quali il medesimo, pur non potendo risolverli, pone alcuni argini.

Innanzitutto, il fatto che determinate scelte rinunciatarie o interruttrive rispetto a trattamenti sanitari (non ancora configurabili, in sé, come futili o inutili) risultino scelte *dense*, per così dire, sul piano umano, cioè conseguenti a una ponderazione soggettiva circa la onerosità del trattamento valutati i fini conseguibili, al *compimento* della propria vita, alla accettazione del carattere di finitezza della vita stessa, oppure risultino dettate dal senso di abbandono che avverta il malato, dalla svalutazione che altri operino della sua vita in quanto non più produttiva in senso materiale oppure da una scarsa attenzione per la sua qualità di vita durante la malattia, dipende da come ci si sia accostati al malato stesso *anteriormente* a tali scelte. La legge se ne rende conto, e non a caso esige il supporto psicologico già menzionato, la garanzia (art. 2, co. 1) che siano erogate le cure palliative, nonché, più in generale, che l'espressione della volontà risulti davvero *libera* e *informata* (art. 1, co. 1). Ma resta chiaro che molto dipende dalla tensione solidaristica riscontrabile nel contesto di vita del malato e presso le istituzioni sanitarie, dall'impegno educativo circa il rispetto delle persone più deboli, dall'investimento economico per rispondere alle esigenze di chi vive menomazioni per cause patologiche.

In secondo luogo, la valorizzazione operata dalla legge circa il ruolo da attribuirsi alle scelte operate, in coscienza, dal malato, attuale o potenziale, solleva la questione del ruolo che finiscono per assumere, rispetto ad esse, ricorrenti (e talora martellanti) qualificazioni, nei mass media, delle (sole) scelte di rifiuto delle terapie in determinate condizioni di non recuperabile efficienza fisica o psichica – e dunque di scelte implicanti il determinarsi ravvicinato della morte – come decisioni *dignitose*. Il che funge da incisiva sollecitazione culturale ad assumere decisioni di quel tipo, le quali rispondono, oggettivamente, a intenti di riduzione dei costi destinati alla cura di soggetti deboli. Non si può dimenticare, infatti, che il consenso può ben essere condizionato, pur quando sia problematico ravvisare elementi giuridici di invalidità

del medesimo: come ben evidenziano, fra l'altro, le note elaborazioni della *nudge-theory* o le stesse tecniche di *marketing*. Dovrebbe costituire, pertanto, premura condivisa (ma sussiste?) quella rivolta a far sì che norme orientate a valorizzare i diritti del malato non si risolvano nel favorire trend di rottamazione *soft*, o *politically correct*, dei summenzionati soggetti deboli. E anche in rapporto a simile consapevolezza la legge n. 219/2017 esige, per esempio, all'art. 4, co. 1, che le disposizioni anticipate di trattamento presuppongano l'avvenuta acquisizione di «adeguate informazioni mediche sulle conseguenze» delle scelte che s'intendano manifestare (art. 4, co. 1).

2. La casistica di riferimento dell'ordinanza n. 207/2018.

Sono preoccupazioni, quelle illustrate, che si manifestano anche negli argomenti fatti valere dall'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale al fine di riconoscere la piena legittimità del divieto generale di aiuto al suicidio, divieto che, secondo l'ordinanza, «assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere». Per cui «il divieto in parola conserva una propria evidente ragion d'essere anche, se non soprattutto, nei confronti delle persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita, qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto».

L'ordinanza n. 207/2018 individua tuttavia, come si diceva, un ambito, almeno in apparenza circoscritto, nel quale i suddetti argomenti perderebbero il loro rilievo: secondo un'impostazione, invero, nient'affatto inedita, posto che gli stessi (non molti) Paesi che ammettono forme di aiuto al suicidio e di eutanasia lo fanno pur sempre in deroga a regole che non consentono, ovviamente, condotte di cooperazione generalizzata alla morte altrui.

Tale ambito risulta descritto attraverso due passaggi. Il presupposto è ravvisato nella condizione di una persona «(a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trov[i] assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli». Mentre il passaggio ulteriore, che definisce il contesto situazionale cui si riferiscono le considerazioni della Corte, si sostanzia nel rilievo per cui «in simili casi, la decisione di lasciarsi morire potrebbe essere già presa dal malato, sulla base della legislazione vigente, con effetti vincolanti nei confronti dei terzi, a mezzo della richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto e di contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua».

Rispetto a chi, trovandosi nella condizione predetta, abbia ormai scelto di lasciarsi morire richiedendo l'interruzione di trattamenti salvavita «vengono messe in discussione – secondo l'ordinanza – le esigenze di tutela che negli altri casi giustificano la repressione penale dell'aiuto al suicidio»: in quanto, sussistendo tale scelta, non vi

sarebbe ragione perché il valore della vita «debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del malato di un aiuto» (a morire) in grado di sottrarlo a un «decorso più lento» verso la morte; né, una volta che quella scelta, ammessa dalla legge, fosse stata compiuta, varrebbero le ragioni intese a proteggere da proprie decisioni autolesionistiche i malati che si trovino nella condizione di cui sopra, pur risultando gli stessi «solitamente ascrivibili» alla categoria delle persone più vulnerabili la cui salvaguardia giustifica il disposto dell'art. 580 c.p.

Motivazioni, si noti, non riferite al fine di evitare sofferenze aggiuntive del malato dopo la interruzione dei suddetti trattamenti, posto che a simile intento rispondono la terapia del dolore e in modo radicale, nel caso in cui questa non risulti sufficiente, la sedazione palliativa profonda. Piuttosto, la Corte rileva che il divieto assoluto previsto, in materia, dall'art. 580 c.p. non consentirebbe di assicurare in ogni caso al malato, dopo aver operato la scelta interruttiva, «una morte rapida»: il che, da un lato, potrebbe contrastare con la sua personale «visione della dignità nel morire», mentre, dall'altro, esporrebbe «le persone che gli sono care» a un iter «più carico di sofferenze» «sul piano emotivo».

3. Non può prospettarsi come ormai compiuto un passo – l'ammissibilità del contribuire alla induzione della morte altrui – che il legislatore non ha inteso compiere.

Dinnanzi a una pronuncia della Corte costituzionale potrebbe apparire pura accademia discutere di alcuni passaggi argomentativi, di eventuali aporie o di problemi che attraverso di essa si aprono. Posto che un arresto di tale Corte ha effetti rispetto al sistema legislativo che risultano, comunque, insindacabili (fatte salve soltanto un'iniziativa parlamentare intesa alla revisione, con la dovuta procedura, di una norma della Costituzione, o una non compatibilità con il diritto sovranazionale): anche se resta l'annosa questione del rapporto fra parti dispositive della pronuncia e parti inerenti ai percorsi motivazionali.

Con riguardo, tuttavia, alle peculiarità dell'ordinanza in oggetto, attraverso la quale i giudici costituzionali, espresse le loro valutazioni, reputano «doveroso – in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale – consentire al Parlamento», sul tema in esame, «ogni opportuna riflessione e iniziativa», alcune osservazioni circa il percorso argomentativo svolto dalla Corte costituzionale non sembrano inutili proprio con riguardo all'ipotesi, del tutto nuova, di un concorso tra la medesima e il Parlamento circa un'ipotizzata modifica legislativa: in termini diversi, peraltro, da quelli che caratterizzano le *Unvereinbarkeitserklärungen* (decisioni di incompatibilità) nella giurisprudenza costituzionale tedesca, attraverso le quali il Tribunale costituzionale offre sì indicazioni al Parlamento, ma senza tenere aperto, nelle more, il giudizio di incostituzionalità su una data norma.

Un primo aspetto cruciale, dunque, che appare necessario far emergere rispetto all'ordinanza n. 207/2018 concerne il ruolo attribuito da quest'ultima alla «decisione [del malato] di lasciarsi morire». Ora, nel nostro ordinamento tale decisione resta *di*

puro fatto e riferita alla sfera interiore, ma non assume rilievo giuridico, vale a dire in merito ai rapporti con altri soggetti. Quel che assume rilievo giuridico sono soltanto, piuttosto, le scelte di rinuncia o di interruzione rispetto a trattamenti sanitari, anche salvavita, ai sensi della legge n. 219/2017: il che deriva dal principio di ordinaria intangibilità della sfera corporea da ingerenze esterne poste in essere senza consenso (art. 32, co. 2, Cost.), e non dall'avvenuto riconoscimento di un *diritto* (coinvolgente i terzi) a morire.

Invece l'ordinanza lascia intendere che già sia stato attribuito dalla legge rilievo giuridico diretto a quella decisione, come più sopra si richiamava: «la decisione di lasciarsi morire potrebbe essere già presa dal malato, sulla base della legislazione vigente, con effetti vincolanti nei confronti dei terzi», e ciò in quanto vi sia stata «richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto e di contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua». E da tale oggettiva forzatura di ciò che prevede la legge n. 219/2017 deriva l'intero impianto argomentativo ulteriore: l'introduzione di un ambito di ammissibilità dell'aiuto al suicidio costituirebbe semplicemente, in tal senso, il rimedio a un'incoerenza interna, reputata incostituzionale, della legge n. 219/2017⁴, e non il realizzarsi – per sollecitazione o, se lo riterrà, per iniziativa della Corte costituzionale – di un passaggio del tutto innovativo rispetto a quanto sin qui riconosciuto dal sistema giuridico italiano (anche alla luce della legge n. 219/2017), passaggio consistente nel pervenire ad ammettere, fuori da eventuali contesti riconducibili alla legittima difesa o allo stato di necessità, relazioni giuridicamente significative finalizzate alla morte di un altro individuo.

Si presenta, in altre parole, come ormai compiuto un passo che il legislatore non ha affatto inteso compiere, e che – si lascia intendere – richiederebbe, soltanto, degli adeguamenti: con ciò, oggettivamente, celandosi alla stessa percezione del Parlamento la portata del passo che gli viene prospettato di compiere. Non senza pervenire, addirittura, a inquadrare i mezzi che andrebbero offerti al malato perché possa darsi la morte – ciò che, a sua volta, offusca il salto qualitativo insito nella condotta che verrebbe autorizzata – come *terapie* («il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce per limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie»).

Di fatto, l'argomentazione proposta dall'ordinanza n. 207/2018 appare implicare un giudizio di incostituzionalità della legge n. 219/2017 e, segnatamente, del punto di equilibrio da quest'ultima fissato. Se ne evince, infatti, che un legislatore il quale riconosca al paziente – come è – il diritto di decidere sui trattamenti sanitari, compreso il diritto di *sottrarsi* ai trattamenti salvavita (perché, senza il suo consenso, non si può, di norma, agire o continuare ad agire sul corpo di una persona) e pur sempre evitando al paziente di soffrire, ma non autorizzi il cooperare a una condotta che cagiona, *hic et*

⁴ Così, infatti, l'ordinanza: «se il cardinale 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 [...], non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento – apprezzato come contrario alla propria idea di morte dignitosa – conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale».

nunc, la morte del paziente stesso, si porrebbe *al di fuori* della Costituzione italiana. Un legislatore che non scelga di autorizzare, almeno in alcuni casi, l'aiuto al suicidio sarebbe, dunque, un legislatore *incostituzionale*. O, per converso, l'ammissibilità dell'aiutare taluno a darsi la morte, almeno in certe condizioni da definire sul piano legislativo, sarebbe costituzionalmente imposta.

Tuttavia non lo si dice. Sarebbe stato molto forte sostenerlo, perfino dinnanzi alla opinione pubblica. Si è preferito muovere, invece, dall'assunto secondo cui la scelta di autorizzare (e anzi di imporre) comportamenti cooperativi a una decisione soggettiva di lasciarsi morire sarebbe già stata compiuta dalla legge n. 219/2017, per cui si tratterebbe solo di renderla coerente nei suoi esiti: senza che il legislatore, si suppone, se ne fosse accorto; e, anzi, nonostante che il legislatore – attraverso, fra l'altro, le dichiarazioni già citate della relatrice di maggioranza e sue le prese di posizione, in aula, rispetto ad alcune proposte di emendamento – avesse espressamente manifestato la volontà di *non effettuare* quel passaggio (con buona pace, pertanto, della stessa «intenzione del legislatore», in questo caso nient'affatto remota o indecifrabile, di cui all'art. 12 delle *preleggi*).

4. È forse incostituzionale la legge n. 219/2017? Il problema dell'approccio ai beni giuridici in gioco.

Questa impostazione condiziona anche l'approccio ai profili concernenti la tutela dei beni giuridici che rilevano in merito alla problematica presa in esame. È ovvio, infatti, che se si assume già legittimata dalla legge n. 219/2017, e anzi resa doverosa, una condotta del medico *esecutiva* della decisione del malato di morire – scambiando l'impossibilità di operare trattamenti sanitari senza consenso con la cooperazione ad un altrui intento di morte (che poi, il più delle volte, consiste semplicemente nell'accettazione, ormai, della propria morte, e non in un proposito suicida) – sarà molto facile concludere, avendo estromesso in radice qualsiasi discussione circa l'atteggiamento dovuto rispetto alla vita altrui, che impedire l'estendersi della suddetta cooperazione esecutiva del medico, o di altri, a ulteriori condotte come quelle di aiuto al suicidio non «possa ritenersi preordinat[o] alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile».

Nondimeno, vanno, rimarcati gli aspetti di problematicità delle due esigenze che, si asserisce, risulterebbero salvaguardate ammettendo uno spazio di ammissibilità, a certe condizioni, dell'aiuto a al suicidio del malato: quelle esigenze la cui mancata tutela, secondo l'ordinanza n. 207/2018, non troverebbe supporto in alcun interesse di rilievo costituzionale, ma che, invece, vengono fatte prevalere, senza argomentazione a tal proposito, sull'intangibilità della vita in quanto bene, ovviamente, di rango costituzionale: posto che tale intangibilità non è affatto venuta meno sulla base della legge n. 219/2017.

Si tratta, anzitutto, dell'«idea di morte dignitosa» fatta propria dal malato che abbia chiesto l'interruzione di trattamenti salvavita e, in particolare, del suo desiderio di addivenire, in quel caso, a «una morte rapida», sebbene gli sia garantita, anche

attraverso il ricorso alla sedazione palliativa profonda, la liberazione da possibili sofferenze. Un'esigenza che, nel suo riferimento generale alla visione soggettiva della persona interessata circa il modo in cui morire, si rivelerebbe in grado di legittimare in linea di principio – una volta ritenuta prevalere sulle ragioni del divieto di cooperazione ad un altrui intento di morte – qualsiasi forma di aiuto al suicidio o di eutanasia. Con il riproporsi, fra l'altro, di tutte le questioni attinenti alla salvaguardia delle persone che vivano situazioni difficili sul piano esistenziale da fattori diretti o indiretti di facilitazione del suicidio: questioni alle quali, giustamente, fa riferimento l'ordinanza n. 207/2018 nella sua prima parte⁵.

Come altresì viene in considerazione l'ulteriore esigenza, cui l'ordinanza ha riguardo, di evitare che «un processo più lento» di morte del malato finisca per rivelarsi «più carico di sofferenze per le persone che gli sono care», risultando costrette, queste ultime, a doverlo «condividere sul piano emotivo». Una finalità, questa, che ci parrebbe davvero oltremodo pericolosa se intesa come idonea ad assumere rilievo nelle decisioni concernenti il fine vita: se il disagio di altri rispetto all'impatto col decorso verso la morte di una persona malata diviene criterio significativo per motivare un aiuto al suicidio, allora, in effetti, tutto diviene possibile. Ancora una volta, in totale contraddizione con quanto la prima parte dell'ordinanza dichiara di voler scongiurare.

5. Non si tratta di una mera integrazione del 'già previsto' dalla legge n. 219/2017, ma di decidere se prendere commiato dal principio di indisponibilità della vita altrui: un passaggio assai difficilmente dominabile nei suoi effetti.

Vi è peraltro l'esigenza di una riflessione più complessiva. L'ordinanza n. 207/2018 è molto chiara nel riferire la sua argomentazione al caso specifico costituito dalla «richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto», effettuata esclusivamente da un malato che si trovi nella condizione descritta in quattro punti cui già si è fatto richiamo (*supra*, 2). Ma, pur ove questa delimitazione fosse accuratamente recepita da una norma che intendesse autorizzare un ambito dell'aiuto al suicidio non perseguibile penalmente, quali garanzie sussisterebbero circa il fatto che simile delimitazione *terrebbe*? E ciò sia rispetto a ulteriori istanze rivolte alla Corte costituzionale in senso estensivo, una volta che la breccia di un aiuto non punibile al suicidio abbia trovato spazio in sede legislativa, sia, eventualmente, sullo stesso piano interpretativo, data la ben scarsa efficacia delimitativa del principio di legalità, e in particolare del *divieto di analogia*, nel diritto giurisprudenziale di questi anni.

⁵ L'ordinanza n. 207/2018 non nega che i malati cui essa si riferisce risultino «solitamente ascrivibili» alla categoria delle «persone più vulnerabili», ma motiva ribadendo semplicemente l'assunto (v. *supra*, nel testo) in forza del quale, posto che l'ordinamento non avrebbe ricusato dall'attribuire rilievo giuridico, date certe condizioni, alla scelta del malato «di porre termine alla propria esistenza» (identificata con la richiesta interruzione di un trattamento salvavita), non vi sarebbe ragione di proteggerlo «contro la propria volontà quando si discuta della decisione di concludere la propria esistenza con l'aiuto di altri».

Tanto più ove si consideri la carente determinatezza dei punti summenzionati attraverso i quali l'ordinanza indica la condizione in cui dovrebbe trovarsi il malato che chiede l'interruzione di trattamenti sanitari salvavita, onde discutere dell'ammissibilità di un aiuto al suicidio: stante, in particolare, il riferimento a una percezione di natura esclusivamente soggettiva delle sofferenze «assolutamente intollerabili», anche solo psicologiche, e la mancata menzione del requisito di imminenza della morte (vale a dire, in tal senso, di *terminalità*) della patologia «irreversibile».

Un quadro il quale conferma la persuasione circa il fatto che quanto oggi è in gioco, nel rapporto tra la Corte costituzionale e il Parlamento, non è affatto una mera integrazione delle scelte operate dalla legge n. 219/2017, né l'introduzione di un ambito comunque eccezionale e molto circoscritto dell'aiuto al suicidio, bensì l'ipotesi di un congedo dal principio di fondo secondo cui sussiste un limite strutturale del diritto, in quanto strumento implicante impegno di risorse umane e materiali in favore delle condizioni di precarietà esistenziale: limite che è dato dalla non ammissibilità della cooperazione alla morte di altro individuo e, dunque, alla eliminazione della stessa realtà umana costituente un appello a simile impegno. Un passaggio, peraltro, che, una volta operato, diviene ben difficilmente dominabile nei suoi effetti, proprio perché la non praticabilità di ulteriori estensioni richiederebbe di essere motivata rispetto alla già avvenuta legittimazione di casistiche nelle quali la suddetta cooperazione si realizza. In totale contrasto, ancora una volta, con le preoccupazioni esplicitate dalla Corte costituzionale nella prima parte della sua ordinanza.

Il che non può non sollevare, altresì, l'interrogativo se risulti proporzionato – per affrettare, nel caso dell'interruzione di trattamenti salvavita, il momento di una morte che comunque si produrrebbe senza sofferenze e per abbreviare, nel medesimo caso, il tempo del confronto di amici e congiunti con lo spegnersi di una vita – abbandonare il principio generale del divieto di agire per la morte di un altro individuo: principio il quale appare in grado di evitare i rischi che la stessa Corte costituzionale rimarca con forza soltanto ove resti fermo nella sua integralità.

6. Si può revocare in dubbio che l'ordinanza, complessa, n. 207/2018 abbia inteso orientare a un simile passaggio: sul ruolo del Parlamento nel rapporto tra poteri dello Stato e sull'approfondimento del tema che rimane aperto con riguardo all'udienza del settembre 2019.

Davvero la Corte costituzionale ha inteso compiere il suddetto passaggio? Se ne può dubitare. Per cui non si porrebbe affatto in contraddizione con l'insieme complesso dei temi proposti dal testo dell'ordinanza n. 207/2018 un atteggiamento del potere legislativo che, recependo in pieno l'appello rivoltagli dalla Corte a una «leale e dialettica collaborazione istituzionale», rinunci a letture semplificatorie di tale testo, come se implicasse meri adempimenti seppur accompagnati da alcune delicate scelte di contorno, e assuma, su un piano paritario, «ogni opportuna riflessione e iniziativa» –

secondo le parole già richiamate della Corte – rispetto ai beni di cui la Corte stessa discute e all'esigenza di evitare inadeguatezze della normativa sanzionatoria in vigore.

Né, del pari, potrebbe ravvisarsi una contraddizione con sé stessa della medesima Corte, bensì una continuità perfettamente in linea rispetto all'impostazione problematizzante, nelle sue due parti, che caratterizza l'ordinanza n. 207/2018 e rispetto al canone della divisione dei poteri, nel caso in cui i giudici costituzionali, tornando a discutere il 24 settembre 2019 della questione di costituzionalità relativa all'art. 580 c.p., intendessero approfondire, in maniera non già predefinita, la loro analisi: tenendo conto, in particolare, della posizione assunta dal Parlamento. Essendo il «compito naturale» della Corte, come essa stessa precisa, «quello di verificare la compatibilità di scelte *già compiute* [corsivo nostro] dal legislatore, nell'esercizio della propria discrezionalità politica, con i limiti dettati dalle esigenze di rispetto dei principi costituzionali e dei diritti fondamentali delle persone coinvolte».

D'altra parte, sarebbe ben strano se la medesima Corte costituzionale che ha difeso strenuamente il principio della divisione dei poteri rispetto agli assunti della Corte di giustizia dell'Unione Europea nel caso Taricco assumesse un indirizzo diverso rispetto al superamento, nel nostro sistema giuridico interno, del divieto di aiuto al suicidio.

Non a caso, la Corte non ha compiuto questo passo. Non ha dichiarato incostituzionale, e ne avrebbe avuto gli strumenti, il punto di equilibrio raggiunto dalla legge n. 219/2017: nella consapevolezza che, a parte ogni altro rilievo, costituirebbe un *vulnus* superare il divieto di cooperazione alla morte altrui *senza il Parlamento*. Per cui, rinviando la sua decisione, ha richiesto il coinvolgimento del potere legislativo. Il quale, tuttavia, dovrà ben tener conto della precisa scelta parlamentare, espressa nella precedente legislatura attraverso l'iter di approvazione e la stessa lettera della legge n. 219/2017, di non autorizzare alcuna forma di contributo diretto al determinarsi della morte.

Quella di ammettere un simile contributo rappresenta, dunque, una scelta che, in sede parlamentare, *sarebbe ancora da compiere*, non risultando essa *già operata* attraverso il divieto di protrarre trattamenti sanitari, ai sensi della legge n. 219/2017, contro la volontà del paziente (solo ove così fosse la mancata ammissione di determinati corollari potrebbe essere ipotizzata come incostituzionale). E che sia così è ben evidenziato dal fatto per cui l'ordinanza n. 207/2018 ipotizza il riconoscimento al personale sanitario dell'*obiezione di coscienza* (solo) rispetto a eventuali nuove norme che autorizzino ambiti di aiuto al suicidio, mentre l'obiezione stessa non è prevista, né la Corte costituzionale la richiede, con riguardo all'applicazione della legge n. 219/2017.

Né si possono trascurare i rischi, rispetto al ruolo fondamentale, in democrazia, del potere legislativo, cui dà luogo la tendenza a derivare direttamente dalla Costituzione la risposta nei confronti di problemi complessi, in tal modo modificando il ruolo stesso della Carta costituzionale: da strumento di chiusura onde verificare se la disciplina adottata fra le molte possibili, in una data materia, da parte del legislatore risulti eccezionalmente in contrasto con i principi giuridici che fondano la convivenza civile, a catalogo di regole in grado di imporre su certi temi un ben preciso, e nessun altro, assetto normativo. Che la Costituzione stessa *esiga* risposte ai problemi di fine

vita implicanti ambiti di ammissibilità dell'agire per la morte altrui è affermazione la quale, ci pare, non possa davvero essere accettata.

La progressiva delegittimazione, invero, della democrazia rappresentativa nei Paesi occidentali rappresenta un iter i cui possibili esiti, per certi versi imprevedibili, non possono che suscitare apprensione.

Nel senso descritto, vi è dunque spazio per avviare una discussione su come le esigenze emergenti nell'ordinanza n. 217/2018 possano trovare una valida gestione senza rendere legalmente praticabili, stanti i controeffetti che la medesima ordinanza fa emergere, condotte di cooperazione a intenti di anticipazione della morte rispetto a come la medesima si determinerebbe, una volta interrotti per volontà del paziente trattamenti salvavita, *per cause naturali*⁶: sia ulteriormente precisando, per esempio, che in una fase esistenziale divenuta, in quel contesto, di imminenza della morte non debbano essere attivati altri mezzi intesi al prolungamento della vita; sia progettando una rivisitazione delle casistiche, fra loro diverse, riconducibili all'ambito applicativo dell'art. 580 c.p. e delle strategie sanzionatorie di risposta, nei confronti delle medesime, da parte dell'ordinamento giuridico.

⁶ Si noti che, una volta interrotti trattamenti salvavita, non si ha un «un mantenimento *artificiale* in vita non più voluto» (corsivo nostro), essendo stati per l'appunto interrotti quei trattamenti, mentre risulterebbe *artificiale* proprio il determinare anticipatamente la morte rispetto al decorso naturale, verso di essa, dello stato patologico.