

**Audizione presso il Senato della Repubblica**  
**Commissione affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato,**  
**previdenza sociale**  
**nell'ambito dell'esame dei disegni di legge nn. 65, 104, 124, 570 e**  
**1083 (disposizioni in materia di morte medicalmente assistita)**  
**Roma, 5 novembre 2024**

**Intervento del dott. Giacomo Rocchi, Presidente di Sezione della**  
**Corte Suprema di Cassazione,**  
**per i**  
**Giuristi per la Vita**

Sintesi dell'intervento

1. L'intervento affronterà, in primo luogo, la questione del ruolo e della posizione del Parlamento a fronte della sentenza della Corte Costituzionale n. 242 del 2019, per dimostrare che non esiste un obbligo costituzionale per il legislatore di intervenire, tanto meno nella direzione presa dalla Consulta.

2. Si dimostrerà, poi, che la predetta sentenza della Corte Costituzionale non ha determinato alcun vuoto normativo che necessiti di essere colmato da una legge.

3. Sulla base di questi due assunti, si chiarirà quale sia il nucleo dei disegni di legge in esame (ad eccezione del disegno di legge n. 1083, Paroli e altri): la trasformazione di una causa specifica di non punibilità per chi ha assistito taluno nel suicidio, nell'ambito del diritto penale, nel riconoscimento del diritto soggettivo delle persone che intendono anticipare la propria morte ad ottenere il relativo aiuto.

4. La creazione di un diritto al suicidio comporterà l'obbligo per lo Stato di garantire con le proprie strutture e i propri sanitari l'esecuzione delle decisioni di morte manifestate da alcuni soggetti: quindi, la responsabilità dell'aiuto al suicidio non sarà più della singola persona che lo ha posto in essere – eventualmente non punibile in presenza delle condizioni indicate dalla Corte Costituzionale – ma dell'intera società, con i propri rappresentanti e con il denaro pubblico.

Ecco, quindi, il Parlamento di fronte ad una scelta politica e valoriale: quale società stiamo diventando e vogliamo diventare? Una società che, a fronte della sofferenza, della malattia, dell'abbandono, della depressione dei componenti più fragili indica, come soluzione possibile e semplice, quella della morte anticipata, con l'implicito convincimento che si tratta di vite non più "degne di essere vissute", inutili e costose per la collettività; oppure una società che, rispettosa della dignità di tutti i propri componenti, soprattutto di quelli più fragili e deboli, assicura ad

essi la propria vicinanza e il proprio aiuto, garantendo ai sofferenti le terapie appropriate e le cure palliative, aiutando le famiglie che assistono i disabili, i malati e gli anziani, non escludendo nessuno dalla considerazione sociale?

5. La risposta a questa domanda diventa impellente se si tiene conto del rischio evidente, che già, in altre parti del mondo, inizia a concretizzarsi: il riconoscimento dell'autodeterminazione dell'individuo, che si trova in determinate condizioni, alla morte procurata conduce inevitabilmente all'eutanasia non consensuale di altri soggetti che si trovano nelle medesime condizioni e la cui manifestazione della volontà di morire non è affatto frutto di una piena libertà oppure viene del tutto trascurata. Ecco la reale portata dei disegni di legge che, in nome di un diritto individuale – che, in nessun modo, può essere riconosciuto – mirano a trasformare la nostra società da solidale ad esclusiva, una società nella quale i più deboli e "inutili" si sentono esclusi e indotti a farsi da parte.

Come Giuristi per la Vita auspichiamo che il Parlamento adotti una scelta saggia e coerente con la Costituzione, che garantisce i diritti inviolabili dell'uomo e si impegna a garantire il pieno sviluppo della persona umana: non si tratta di accanirsi nei confronti delle persone sofferenti, ma di offrire loro ogni tipo di aiuto umano e sanitario - garantendo, in particolare, le cure palliative – ribadendo la loro importanza per la società e la falsità della soluzione della morte anticipata (fermo restando il diritto individuale di rifiuto delle terapie, anche salvavita e le ipotesi di non punibilità dell'aiuto individuale al suicidio delineate dalla Corte Costituzionale).

5. Questa scelta dovrebbe comprendere anche la revisione della legge n. 219 del 2017, cancellando quei passaggi che hanno permesso alla Corte Costituzionale di depenalizzare l'aiuto al suicidio, trasformandola in una norma che, nel rispetto della volontà del paziente, garantisca davvero un'alleanza terapeutica con il medico anche nelle fasi più difficili della malattia.

6. Il Parlamento sappia affermare che l'Italia non prende parte al suicidio dell'Occidente, ma continua ad essere un punto di riferimento positivo, la dimostrazione che diritto, giustizia e vita possono convivere.

1. Non esiste un obbligo costituzionale per il Parlamento di adottare una legge come conseguenza della sentenza della Corte Costituzionale n. 242 del 2019.

La mancanza di un obbligo costituzionale è, in realtà, pacifico anche per la stessa Corte: in effetti, con l'ordinanza n. 207 del 2017, poi con la sentenza n. 242 del 2019 e, ancora, con la sentenza n. 135 del 2024 la Corte si è limitata ad "auspicare" l'intervento del legislatore, ben consapevole che il quadro disegnato dai Costituenti attribuisce il ruolo centrale nell'approvazione delle leggi al Parlamento, nella sua sovranità, discrezionalità e libertà.

Eppure, appare necessario ricordare questo principio in un periodo in cui la Corte Costituzionale, spesso sollecitata dall’Autorità giudiziaria, mostra la tendenza ad allargare la portata delle sue pronunce, fino a giungere, appunto, a dare direttive al Parlamento, se non a sostituirsi allo stesso.

Si tratta di problematica ampia, ma segnalo che il tema è attuale in relazione alla riforma approvata in materia di reati contro la pubblica amministrazione, atteso che la Corte è stata sollecitata ad affermare la permanenza di un’ipotesi di reato nonostante l’abrogazione da parte del legislatore; e, del resto, le vicende successive alla adozione della sentenza n. 242 del 2019 – in particolare quanto emerso dalla sentenza n. 135 del 2024 – dimostrano che la Corte si è trovata a giudicare della legittimità della legge dalla stessa “approvata”, senza sottrarsi a tale giudizio, e si è mostrata disponibile a fornire una “interpretazione autentica” – appunto, come un legislatore - della normativa dalla stessa introdotta in relazione al tema centrale della nozione di “sostegni vitali” (cfr. sentenza Corte Costituzionale n. 135 del 2024, par. 8).

La Corte – nonostante le esternazioni del suo Presidente – è costretta ad ammettere che il legislatore può dettare “una diversa disciplina” (sent. n. 135 del 2024, par. 10): ma non occorre certamente questa ammissione esplicita per riaffermare che il legislatore ha il potere di decidere di non approvare alcuna legge ovvero di modificare la normativa vigente – in particolare la legge n. 219 del 2017 – in modo da restringere o eliminare i casi in cui l’aiuto al suicidio non venga punito.

2. Non esiste, in conseguenza della sentenza della Corte Costituzionale n. 242 del 2019, nessun vuoto normativo che necessiti di essere colmato da una legge.

Anche questa affermazione è, in realtà, pacifica.

In conseguenza di quella pronuncia, l’aiuto al suicidio resta punito in forza dell’art. 580 del codice penale; l’area di punibilità è stata ridotta dall’intervento della Corte per i soggetti che “agevolano l’esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente”.

Che non esista alcun vuoto normativo è dimostrato dai procedimenti per aiuto al suicidio in corso, nei quali la causa di non punibilità è stata applicata, con conseguente assoluzione dell’imputato (o richiesta di archiviazione per l’indagato).

I problemi di carattere interpretativo che sono stati sollevati vengono risolti dall'Autorità giudiziaria, analogamente a quanto avviene normalmente in tutti i processi penali.

Il Parlamento, quindi, oltre a non avere un obbligo costituzionale di intervenire – per quanto esposto al precedente paragrafo – non è nemmeno richiesto di intervenire per sanare un vuoto normativo nel campo penale.

### 3. Il nucleo centrale dei disegni di legge nn. 65, 104, 124 e 570: il passaggio da una causa di non punibilità al riconoscimento del diritto soggettivo all'aiuto al suicidio.

3.1. Il quadro giuridico formatosi a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 242 del 2019 non prevede alcun diritto delle persone di essere aiutate a suicidarsi.

La pronuncia – come ripetutamente ribadito – si limita "ad escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici" e, quindi, senza creare alcuna posizione giuridica favorevole – diritto o libertà – in capo all'aspirante suicida.

Del resto, la Corte ha più volte ribadito con l'ordinanza n. 207 del 2018 e con la sentenza n. 242 del 2019, richiamando la sentenza della Corte EDU Pretty c. Regno Unito, che "dall'art. 2 Cost. – non diversamente che dall'art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire. Tali norme impongono allo Stato di adottare le misure necessarie per la protezione della vita delle persone sottoposte alla sua giurisdizione".

Fin dal primo esame della questione di legittimità costituzionale sollevata dalla Corte di Assise di Milano nel processo per l'aiuto al suicidio di Fabiano Antoniani, la Corte Costituzionale censurò severamente il giudice remittente per il riferimento all'art. 13 della Costituzione (inviolabilità della libertà personale), osservando che la rivendicazione del diritto al suicidio era avanzata "in nome di una concezione astratta dell'autonomia individuale che ignora le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni (le scelte suicide) vengono concepite"; la Corte affermò che "il divieto (di aiuto al suicidio) 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" (ord. n. 207 del 2018).

3.2. Questo diritto – che, appunto, nel quadro attuale non esiste e la cui esistenza non è affatto imposta dalla Costituzione o dalla Convenzione Europea dei Diritti dell’Uomo – è, invece, introdotto espressamente dai disegni di legge sopra ricordati.

Il disegno di legge n. 65, Parrini e altri, sostiene che deve essere riconosciuto “il proprio diritto di scegliere come porre fine alla propria vita in presenza di determinate condizioni”; il disegno n. 104, Bazoli e altri, ipocritamente lo definisce una “facoltà”, ma l’intero articolato dimostra che tale “facoltà” altro non è che un diritto soggettivo; il disegno di legge n. 124, Pirro e altri, invoca il rispetto dell’autodeterminazione dei cittadini in certe condizioni “senza dover ricorrere, per vedere garantito questo diritto, a lunghi e faticosi viaggi verso i Paesi dove l’eutanasia e il suicidio assistito sono consentiti” e, all’art. 1 dichiara tutelato “il diritto alla libertà di autodeterminazione del paziente nella scelta dei trattamenti sanitari compresi quelli finalizzati al suicidio medicalmente assistito e al trattamento eutanasiaco”; il disegno di legge n. 570, De Cristofaro e altri, all’art. 3, stabilisce espressamente che il paziente in determinate condizioni “ha diritto di richiedere il trattamento eutanasiaco”.

3.3. La creazione di un diritto al suicidio assistito o al trattamento eutanasiaco, prima inesistente, si ricava da due aspetti.

In primo luogo la pretesa del soggetto di essere aiutato a suicidarsi è azionabile davanti ai giudici.

Infatti, il disegno di legge n. 104 stabilisce (art. 5, comma 8) che, nel caso in cui il medico che ha ricevuto la richiesta di morte volontaria medicalmente assistita ritenga di non dar corso alla procedura “resta ferma comunque per la persona che abbia richiesto la morte volontaria medicalmente assistita la possibilità di ricorrere al giudice territorialmente competente”; analogamente prevede il disegno di legge n. 570, all’art. 5, comma 4. La possibilità di ricorrere al giudice è, comunque, implicita dalla previsione, contenuta in tutti i quattro disegni di legge, di una procedura che coinvolge determinati soggetti o istituzioni al fine di giungere all’esecuzione del suicidio assistito (o, nel caso del disegno di legge n. 570, anche al trattamento eutanasiaco).

3.4. In secondo luogo, la creazione di un diritto del soggetto ad essere aiutato nel suicidio o ad essere sottoposto a trattamento eutanasiaco si ricava dal contestuale sorgere di obblighi nei suoi confronti: obblighi delle strutture (cfr. art. 6, comma 4, disegno di legge n. 104: “Gli enti ospedalieri pubblici autorizzati sono tenuti in ogni caso ad assicurare l’espletamento delle procedure previste dalla presente legge adottando tutte le misure, anche di natura organizzativa, che si rendano necessarie. La regione ne controlla e garantisce l’attuazione”; art. 6, comma 2, disegno di legge n. 570: “Le strutture sanitarie pubbliche sono tenute

a garantire il rispetto della volontà manifestata ai sensi dell'art. 4. In caso contrario, la struttura sanitaria pubblica è tenuta, in aggiunta a ogni altra conseguenza penale o civile ravvisabile nei fatti, al risarcimento del danno, morale e materiale, provocatio"); obblighi per gli operatori sanitari coinvolti, con il conseguente riconoscimento dell'obiezione di coscienza.

Come è noto, la Corte Costituzionale, che con l'ordinanza n. 207 del 2018 aveva fatto riferimento ad una regolamentazione della materia che prevedesse "la facoltà di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura" (Corte Costituzionale, ord. n. 207 del 2018, par. 10), con la sentenza n. 242 del 2019 (par. 6) ha invece ritenuto non necessario regolare da parte sua il tema in quanto "la declaratoria di illegittimità costituzionale si limita ad escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici".

In definitiva, l'obiezione di coscienza viene riconosciuta dai disegni di legge sopra menzionati perché viene stabilito un obbligo di procedere a carico dei sanitari coinvolti, obbligo che attualmente non esiste; obbligo che è la conseguenza del riconoscimento del diritto al suicidio assistito.

#### 4. La portata dell'obbligo dello Stato di garantire il suicidio assistito o il trattamento eutanasi.

4.1. La scelta del Parlamento – come abbiamo visto, niente affatto obbligata e, quindi, frutto di una scelta libera e discrezionale, quindi "politica" – si qualifica proprio su questo punto.

Nel caso di approvazione dei disegni di legge presentati (ad eccezione del disegno di legge n. 1083, Paroli ed altri), la responsabilità per l'aiuto al suicidio non sarà più della singola persona che lo ha posto in essere – eventualmente non punibile in presenza delle condizioni indicate dalla Corte Costituzionale – ma sarà condivisa dall'intera società, con i propri rappresentanti e con la spendita del denaro pubblico.

4.2. Per quanto riguarda il denaro pubblico – quindi l'utilizzo delle somme versate da tutti i cittadini a titolo di imposta - abbiamo ovviamente letto l'art. 9 del disegno di legge n. 104, che stabilisce una clausola di invarianza finanziaria secondo cui, dall'attuazione della legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, con la precisazione che "le amministrazioni competenti provvedono agli adempimenti ivi previsti con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente".

La previsione può essere interpretata in due modi: come del tutto fuori dalla realtà, in quanto, al contrario, le spese saranno numerose (ne indichiamo, a scopo meramente esemplificativo, due: la realizzazione di "stanze per il suicidio assistito"

presso gli ospedali pubblici e l'acquisto o realizzazione di "strumenti, anche tecnologici, che consentano il compimento dell'atto autonomo", per gli aspiranti suicidi vittime di disabilità, cfr. art. 5, comma 7 disegno di legge n. 104, Bazoli ed altri; cfr. anche art. 10, che enumera gli obblighi del Ministro della Salute); ovvero come inquietante affermazione che le risorse stanziare per le terapie, per l'assunzione di nuovi medici e infermieri, per il miglioramento dei nosocomi, saranno decurtate da quelle necessarie per ottemperare all'obbligo di aiutare al suicidio coloro che lo chiedono; sì, perché molte prestazioni sanitarie ai cittadini devono essere pagate in tutto o in parte, ma, secondo il disegno di legge n. 124, Pirro e altri, "le procedure relative al suicidio medicalmente assistito e al trattamento eutanasi rientrano nei livelli essenziali di assistenza ... e le relative prestazioni sono erogate gratuitamente dal Servizio sanitario nazionale senza alcuna compartecipazione alla spesa da parte del paziente".

4.3. La responsabilità collettiva, dell'intera società, per le azioni di morte procurata contemplate dai disegni di legge è simbolicamente rappresentata da quanto avverrà negli ospedali pubblici.

In base all'art. 10 del disegno di legge n. 104, il Ministro della salute dovrà "individuare i requisiti delle strutture del Servizio sanitario nazionale idonee ad accogliere le persone che fanno richiesta di morte volontaria medicalmente assistita"; e, poiché gli enti ospedalieri pubblici sono tenuti a garantire l'espletamento delle procedure di suicidio assistito "adottando tutte le misure, anche di natura organizzativa, che si rendano necessarie" (art. 6, comma 4), sarà inevitabile vedere, all'ingresso degli ospedali, accanto all'indicazione dei vari reparti (Chirurgia, medicina generale ecc.) anche quella del reparto: "Morte volontaria medicalmente assistita".

Avverrà – lo si comprende dall'art. 5, comma 7 del progetto, secondo cui il decesso deve avvenire presso il domicilio del paziente "o, laddove ciò non sia possibile, presso una struttura ospedaliera" – che alcune persone entreranno in ospedale esclusivamente per suicidarsi, assistite da medici e infermieri. Quante – viene da chiedersi – verranno da una RSA?

Non è difficile neanche prevedere che certi pazienti, ricoverati in reparti "ordinari", in un certo momento verranno fatti salire su una barella e trasferiti in "quel" reparto, dove si entrerà vivi e si uscirà morti.

Davvero si rimane stupiti di fronte alla parabola di questa istituzione, a questo esito della sua storia gloriosa: l'ospedale divenuto, nella mente dei proponenti, luogo in cui si somministra la morte.

## 5. Quale società vogliamo diventare?

Ecco, quindi, il Parlamento di fronte ad una scelta politica e valoriale: quale

società stiamo diventando e vogliamo diventare?

Una società che, a fronte della sofferenza, della malattia, dell'abbandono, della depressione dei propri componenti più fragili indica, come soluzione possibile e semplice, quella della morte anticipata, con l'implicito convincimento che si tratta di vite non più "degne di essere vissute", inutili e costose per la collettività; oppure una società che, rispettosa della dignità di tutti i propri componenti, soprattutto di quelli più fragili e deboli, assicura ad essi la propria vicinanza e il proprio aiuto, garantendo ai sofferenti le terapie appropriate e le cure palliative, aiutando le famiglie che assistono i disabili, i malati e gli anziani, non escludendo nessuno dalla considerazione sociale?

## 6. Il pendio scivoloso. Dalla legalizzazione dell'aiuto al suicidio all'eutanasia non consensuale.

6.1. Benché i fautori dell'eutanasia ironizzino sulla teoria del "pendio scivoloso", il rischio evidente derivante dal riconoscimento dell'autodeterminazione dell'individuo rispetto alla morte procurata, rischio che già in altre parti del mondo inizia a concretizzarsi, è che si giunga all'eutanasia non consensuale per altri soggetti che si trovano nelle medesime condizioni di coloro che ottengono di essere aiutati a morire; soggetti la cui manifestazione della volontà di morire non è affatto frutto di una piena libertà oppure viene del tutto trascurata.

Ecco la reale portata dei disegni di legge che, in nome di un diritto individuale – che, in nessun modo, può essere riconosciuto – mirano a trasformare la nostra società da solidale ad esclusiva, una società nella quale i più deboli e "inutili" si sentono esclusi e indotti a farsi da parte.

A ben vedere, se il soggetto che chiede l'eutanasia viene soddisfatto solo dopo che il medico e lo Stato hanno deciso se e quando egli posseda i requisiti considerati necessari per poter vantare il diritto a morire, l'elemento decisivo per la realizzazione dell'eutanasia non è più la volontà del soggetto, ma un giudizio di un soggetto terzo sulla condizione oggettiva del richiedente: quindi, il principio applicato è quello della "qualità della vita", secondo i criteri stabiliti dalla società e dai suoi poteri. Ulteriore conseguenza di tale impostazione è che, una volta definiti dallo Stato i criteri oggettivi di accesso al diritto all'eutanasia, diventa impossibile non aprire una riflessione su cosa fare con i pazienti in possesso di quei medesimi requisiti, ma incapaci di esprimere una volontà autonoma: con la conseguente estensione dell'eutanasia pietosa anche in mancanza di autodeterminazione.

D'altro canto, questo rischio è stato più volte evidenziato dalla stessa Corte Costituzionale: con la sentenza n. 135 del 2024 la Corte ha ribadito che "esiste la possibilità che, in presenza di una legislazione permissiva non accompagnata dalle



necessarie garanzie sostanziali e procedurali, si crei una 'pressione sociale indiretta' su altre persone malate o semplicemente anziane e sole, le quali potrebbero convincersi di essere divenute ormai un peso per i propri familiari e per l'intera società e di decidere così di farsi anzitempo da parte" (par. 7.2.) Si noti che la Corte affianca questo rischio alla "possibilità che vengano compiute condotte apertamente abusive da parte di terzi a danno della singola persona".

6.2. Relativamente a questo rischio, riteniamo di porre l'attenzione su due aspetti niente affatto secondari che contraddistinguono il disegno di legge n. 104, Bazoli e altri e che, in parte, si rinvengono negli altri disegni di legge in commento.

In primo luogo, il disegno di legge n. 104 permette che il suicidio assistito venga eseguito in strutture private, anche a fini di lucro; non vieta, cioè, l'installazione delle "cliniche della morte" esistenti in altri Paesi che, spesso a caro prezzo, aiutano le persone a suicidarsi. Non solo: il medico che riceve la richiesta di "morte volontaria medicalmente assistita" e che dovrebbe avviare la procedura descritta dall'art. 5 del disegno di legge può far parte della struttura che, poi – a pagamento – darà corso al suicidio assistito e può essere anche un dipendente di tale struttura, al pari degli "specialisti" menzionati dalla norma e dello psicologo che, al momento del decesso, dovrebbe collaborare ad accertare la persistenza della volontà del soggetto di morire.

Il Comitato per la Valutazione clinica, istituito presso le aziende sanitarie locali (art. 7, comma 1), deve limitarsi a controllare le condizioni, senza che sia nemmeno obbligatorio un contatto personale diretto con l'interessato (ai sensi dell'art. 5, comma 5, il paziente può essere sentito "anche telematicamente").

Il rischio di abusi è evidente: la clinica della morte potrebbe facilitare in tutti i modi la procedura e, quindi, "aiutare" coloro che fanno pressione sulle persone anziane o malate a chiedere il suicidio assistito.

6.3. Non basta: l'art. 8 del disegno di legge n. 104 (al pari dell'art. 8 del disegno di legge n. 124 e dell'art. 6 del disegno di legge n. 570) stabilisce che "le disposizioni contenute negli artt. 580 e 593 del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario e amministrativo che abbiano dato corso alla procedura di morte volontaria medicalmente assistita nonché a tutti coloro che abbiano agevolato in qualsiasi modo la persona malata ad attivare, istruire e portare a termine la predetta procedura, qualora essa sia eseguita nel rispetto delle disposizioni della presente legge".

Sembra una norma coerente con l'intera disciplina che riconosce il diritto al suicidio assistito e regola la procedura per giungere alla sua esecuzione: ma non è così.

In effetti, l'art. 580 cod. pen. non punisce solo l'aiuto al suicidio, ma anche l'istigazione al suicidio: la norma punisce, infatti, non solo chi "agevola in qualsiasi

modo l'esecuzione del suicidio" (appunto: aiuto al suicidio), ma anche chi "determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio" (istigazione al suicidio).

Si tratta di due condotte del tutto differenti, perché l'istigazione al suicidio interviene nel momento in cui il soggetto decide di morire, mentre l'aiuto al suicidio riguarda – come dice la norma – la fase dell'esecuzione del suicidio. In effetti, tutta la vicenda nata dal processo per l'aiuto al suicidio di Fabiano Antoniani ha avuto come presupposto la libera e autonoma scelta di morire da parte di Antoniani, in nessun modo istigato da altri a tale scelta.

Ai sensi della sentenza della Corte Costituzionale n. 242 del 2019, infatti, il proposito del suicidio deve essere "autonomamente e liberamente formato".

Ma la proposta di legge esclude la punizione di una condotta istigatoria se il suicidio è stato eseguito nel rispetto della procedura! Lo afferma la relazione al disegno: "In presenza di tali presupposti ... non si applica il reato di istigazione o aiuto al suicidio di cui all'art. 580 del codice penale".

Ecco che, con un colpo di spugna, la rilevanza della libertà del soggetto nello scegliere di farsi aiutare a morire scompare: il soggetto è morto, la procedura è stata rispettata, la questione è chiusa.

I senatori colleghino questa – davvero sorprendente! – previsione con la possibilità che sia una struttura privata a scopo di lucro ad "occuparsi" dell'intera procedura, fino alla sua esecuzione.

## 7. Il pendio scivoloso. Gli altri rischi di ampliamento dei casi di legalizzazione della morte procurata.

7.1. Vi sono altri chiari esempi di probabile estensione dei casi in cui il diritto verrà riconosciuto.

Si segnala, in primo luogo, la definizione del disegno di legge n. 104, Bazoli e altri, dei trattamenti di sostegno vitale: secondo l'art. 3, comma 2, lett. b) del disegno di legge, per accedere al suicidio assistito la persona interessata deve "essere tenuta in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente".

Ebbene, si tratta di definizione superata dalle vicende giudiziarie e dalla stessa pronuncia della Corte Costituzionale n. 135 del 2024, secondo cui nei trattamenti sanitari sono compresi anche procedure eseguita da familiari o *caregivers* che si facciano carico dell'assistenza al paziente. Del resto, è noto che, sulla nozione di "trattamenti di sostegno vitale" è in corso un ampio tentativo di farli coincidere con qualsiasi trattamento sanitario utile. Il disegno di legge non specifica nemmeno che il decesso del paziente dovrebbe intervenire immediatamente, in conseguenza dell'interruzione del trattamento.

In definitiva, questo apparente tentativo di delimitare i casi di legalizzazione del suicidio assistito è destinato ad essere oggetto di una pronuncia di illegittimità costituzionale ovvero a un'interpretazione giurisprudenziale che lo disapplicherebbe sostanzialmente.

7.2. Il disegno di legge n. 570, De Cristofaro e altri, dimostra eloquentemente che, una volta legalizzato il suicidio assistito, è inevitabile legalizzare anche l'eutanasia attiva, per garantire la parità di trattamento anche per gli aspiranti alla morte che, per le loro condizioni, non sono in grado (nonostante le attrezzature create appositamente) a compiere autonomamente l'atto finale che ne determina la morte.

7.3 Infine, il disegno di legge n. 65, Parrini e Fina – non a caso scritto con la collaborazione dell'associazione Luca Coscioni – fa comprendere un altro obiettivo: l'eutanasia dei disabili – anche non terminali – che soffrono di tale condizione; anche a loro, secondo il disegno, devono essere garantite delle cure "palliative", la cui natura viene stravolta, incidendo sulla legge n. 38 del 2010, e che comprendono anche il ricorso alla sedazione palliativa profonda con conseguente morte del soggetto (cfr. disegno di legge n. 65, art. 2, comma 1 e art. 3, comma 1).

## 8. Le scelte che auspichiamo.

8.1. Come Giuristi per la Vita auspichiamo che il Parlamento adotti una scelta saggia e coerente con la Costituzione, che garantisca i diritti inviolabili dell'uomo e si impegna a garantire il pieno sviluppo della persona umana: non si tratta di accanirsi nei confronti delle persone sofferenti, ma di offrire loro ogni tipo di aiuto umano e sanitario – garantendo, in particolare, le cure palliative – ribadendo la loro importanza per la società e la falsità della soluzione della morte anticipata (fermo restando il diritto individuale di rifiuto delle terapie, anche salvavita e le ipotesi di non punibilità dell'aiuto individuale al suicidio delineate dalla Corte Costituzionale).

La consapevolezza che una normativa che riconosca il diritto soggettivo all'aiuto al suicidio può mettere in pericolo anziani, malati gravi, disabili e altri soggetti fragili ci induce a rendere tale auspicio accorato.

7.2. Questa scelta dovrebbe comprendere anche la revisione della legge n. 219 del 2017, cancellando quei passaggi che hanno permesso alla Corte Costituzionale di depenalizzare l'aiuto al suicidio, trasformandola in una norma che, nel rispetto della volontà del paziente, garantisca davvero un'alleanza terapeutica con il medico anche nelle fasi più difficili della malattia.

Appreziamo, quindi, lo spirito che muove il disegno di legge n. 1083, Paroli e altri, pur ritenendo inopportuna la modifica dell'art. 580, comma 2 del codice

penale prevista dall'art. 1.

Effettivamente, è assolutamente positiva la modifica della legge 219 del 2017 nella parte in cui qualifica – contro la realtà – la idratazione e alimentazione “artificiale” come trattamenti sanitari, così come la previsione dell’obiezione di coscienza (che, peraltro, dovrebbe essere estesa anche al personale amministrativo coinvolto nelle procedure che portano alla morte del soggetto).

Riteniamo che la modifica dell'art. 2, comma 2, della legge 219 del 2017 proposta dall'art. 2, comma 1, lett. b) del disegno di legge n. 1083 possa essere più coraggiosa, nel senso che il possibile ricorso alla sedazione palliativa profonda non deve essere conseguenza del rifiuto da parte del paziente delle terapie salvavita: quel legame – statuito dall'art. 2, comma 1 della legge 219 del 2017 – ha creato quella “procedura” di morte descritta dalla Corte Costituzionale nella ordinanza n. 207 del 2018 e nella sentenza n. 242 del 2019 e ha permesso alla stessa di affermare il diritto del paziente che rifiuta le terapie salvavita o le forme di sostegno vitale di essere aiutato al suicidio.

A nostro parere, tale rifiuto non deve creare nessun obbligo per i medici e per la struttura in cui il paziente è ricoverato, se non quello di astenersi da erogare la terapia rifiutata.

#### 8. Un Parlamento che riconosca il diritto alla vita.

Sulla base di queste considerazioni, i Giuristi per la Vita auspicano che il Parlamento sappia affermare che l'Italia non intende prendere parte al suicidio dell'Occidente – di cui le vicende che esaminiamo sono un'eloquente manifestazione - ma continua ad essere un punto di riferimento positivo nell'Europa e nel mondo, dimostrando che diritto, giustizia e vita possono convivere.

Per i Giuristi per la Vita

Giacomo Rocchi