

**Libera Università Internazionale
degli Studi Sociali Guido Carli
PREMIO TESI D'ECCELLENZA**

**Diritto penale e fine vita:
prospettiva italiana
e profili di comparazione**

Rosa Garbo

2023-2024

Libera Università Internazionale
degli Studi Sociali Guido Carli

Working Paper n. 5/2023-2024

Publication date: December 2025

Diritto penale e fine vita: prospettiva italiana e profili di comparazione

© Rosa Garbo

ISBN 979-12-5596-345-5

This working paper is distributed for purposes of comment and discussion only.
It may not be reproduced without permission of the copyright holder.

Luiss University Press is an imprint
of Luiss Guido Carli

Viale Pola 12, 00198 Roma

Tel. 06 85225485

E-mail universitypress@luiss.it

www.luissuniversitypress.it

Diritto penale e fine vita: prospettiva italiana e profili di comparazione

By Rosa Garbo

1. INTRODUZIONE

L'evoluzione della scienza medica e il crescente processo di medicalizzazione della morte hanno indubbiamente contribuito al generale miglioramento delle condizioni di salute dei pazienti, attraverso la scoperta di nuove terapie e l'introduzione di tecniche diagnostiche sempre più avanzate. I positivi riscontri del progresso scientifico sollevano, però, al contempo preoccupazioni circa i possibili eccessi irragionevoli dovuti ad un prolungamento della vita in situazioni di sofferenza estrema, quando ormai la morte si pone come conseguenza inevitabile di malattie inguaribili. Si cela, dunque, il rischio di una compromissione del principio di proporzionalità nelle cure mediche e del personale concetto di dignità.

Quanto premesso risulta utile per comprendere le ragioni alla base del crescente interesse mostrato dagli studiosi, e dalla società più in generale, circa la configurabilità di un presunto diritto a morire con dignità, che rappresenta il fulcro attorno al quale si articola l'intero dibattito in tema di fine vita. Un dibattito che ha coinvolto, e continua a coinvolgere, differenti ordinamenti giuridici, in ragione della dimensione sovranazionale delle questioni etiche e morali connesse alle pratiche eutanasiche, consentendo così il confronto tra le diverse esperienze normative e giurisprudenziali.

Con riguardo all'ordinamento italiano, il legislatore del 2017 ha riconosciuto la possibilità di ritenere validamente manifestata la volontà di porre fine alla propria esistenza da parte di soggetti tenuti in vita mediante trattamenti di sostegno vitale, purché previamente e adeguatamente informati e in grado di esprimere una decisione libera e consapevole. A tali soggetti, dotati della capacità di autodeterminarsi, viene riconosciuto il diritto di richiedere l'interruzione delle cure, anche c.d. salva-vita, in ossequio ai principi di libertà personale e nel rispetto del diritto all'autodeterminazione anche terapeutica.

Ciononostante, il Codice penale italiano continua a presidiare in termini assoluti il bene giuridico della vita, prevedendo sanzioni severe per qualsiasi condotta lesiva di tale bene ai sensi degli articoli 579 e 580 c.p., che puniscono rispettivamente l'omicidio del consenziente e l'istigazione o l'aiuto al suicidio. È

stata, pertanto, la giurisprudenza – a partire dalle note vicende di Piergiorgio Welby ed Eluana Englaro – a farsi promotrice di un progressivo processo di revisione del dogma dell'indisponibilità della vita, mettendo in luce l'inadeguatezza del vigente assetto normativo in materia di fine vita, fondato esclusivamente sulle suddette fattispecie criminose. Tale percorso interpretativo ha trovato ulteriore consolidamento nella recente sentenza n. 135 del 2024 della Corte costituzionale, con la quale sono stati confermati i quattro requisiti necessari per l'accesso alla morte volontaria medicalmente assistita, già individuati nel caso Cappato, compresa anche la condizione di dipendenza da trattamenti di sostegno vitale.

Il riconoscimento di un diritto a morire, inoltre, continua a incontrare significative resistenze anche in ambito sovranazionale, come dimostrato dall'orientamento consolidato della giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo. I giudici europei non si sono spinti a riconoscere espressamente l'esistenza di un diritto a morire o, più specificamente, di un diritto al suicidio assistito, escludendo la possibilità di ricavare dal diritto alla vita, sancito dall'art. 2 CEDU, un suo opposto o corrispettivo negativo. Altresì, sono stati ritenuti del tutto leciti e legittimi i vincoli alle richieste di aiuto nel morire nel rispetto dell'art. 2 della Convenzione.

Tuttavia, a partire dal caso *Pretty c. Regno Unito* (2002) e *Haas c. Svizzera* (2011), si è assistito ad una giurisprudenza convenzionale che ha incardinato il diritto di porre fine alla propria vita nel raggio d'azione del diritto al rispetto della propria vita privata di cui all'art. art. 8 Cedu. Il concetto di vita privata è stato così oggetto di un'interpretazione estensiva tale da ricomprendervi il diritto di scegliere come e quando terminare la propria esistenza. Tale evoluzione interpretativa non ha però condotto a un riconoscimento uniforme di tale diritto a livello europeo, anche in considerazione del margine di apprezzamento di cui gli Stati godono nella regolamentazione delle tematiche eticamente sensibili, tra cui rientrano le questioni relative al fine vita. Ne deriva un panorama europeo frammentato, caratterizzato dalla coesistenza di ordinamenti a tendenza "permissiva", che hanno, dunque, provveduto alla legalizzazione delle pratiche eutanasiche o del suicidio medicalmente assistito, e di altri sistemi giuridici che, invece, continuano a sanzionare penalmente qualsiasi forma di assistenza all'altrui suicidio o di soppressione della vita, anche in presenza di un consenso validamente prestato dell'interessato.

Come già evidenziato, le questioni afferenti al fine vita si collocano tra i temi di maggiore complessità e delicatezza del dibattito giuridico contemporaneo, in quanto investono non soltanto profili di natura strettamente normativa, ma anche dimensioni etiche, filosofiche, religiose e sociali di rilievo fondamentale. Trattandosi di una materia che tocca la sfera più intima dell'esistenza umana e che riflette sensibilità culturali profondamente diverse, il dibattito sul fine vita travalica i confini del singolo ordinamento giuridico, assumendo una dimensione sovranazionale e rendendo così interessante un'analisi comparatistica.

L'elaborato, pertanto, dopo aver analizzato la disciplina italiana in materia, si propone di esaminare le principali esperienze normative straniere, con particolare riguardo agli ordinamenti di *common law*, che hanno affrontato, con strumenti e soluzioni differenti, la complessa questione della disponibilità della vita e delle condizioni di legittimità della morte medicalmente assistita.

L'ordinamento inglese, analogamente a quello italiano, risulta essere sprovvisto di una disciplina normativa organica in materia di fine vita, mantenendo salda la rilevanza penale di qualsiasi condotta di assistenza all'altrui suicidio o pratica di eutanasia attiva, alla luce del principio di sacralità della vita che permea l'ordinamento di oltremontana. Tuttavia, a partire dal caso *Airedale NHS Trust v. Bland* (1993), tale principio ha conosciuto un significativo temperamento, conseguente al bilanciamento con il principio di *self determination*. Le corti inglesi hanno così riconosciuto piena legittimità alle richieste di interruzione di trattamenti di sostegno vitale anche nei casi in cui tale scelta comporti, come conseguenza immediata, il decesso del paziente.

Di notevole interesse, nel sistema britannico, risultano essere le linee guida contenute nella *Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide*, adottate dal *Director of Public Prosecutions* (DPP), che definiscono i criteri cui il pubblico ministero deve attenersi nella valutazione dell'opportunità di esercitare l'azione penale nei casi di assistenza al suicidio. Vengono così individuati i fattori, la cui presenza o assenza può orientare in senso favorevole o meno alla *prosecution* dell'indagato, alla luce dell'interesse pubblico sotteso a ciascun caso concreto.

Diversamente, la posizione degli Stati Uniti d'America in materia di fine vita si presenta più articolata ed eterogenea alla luce della produzione normativa di ogni Stato e in assenza di una competenza legislativa del Congresso federale in materia. Attualmente, cinque sono gli Stati che hanno legalizzato l'aiuto nel morire mediante procedure che consentono di addivenire ad una morte assistita: Oregon, Washington, Vermont, Montana, and California. In particolare, lo stato dell'Oregon è stato il primo a introdurre una disciplina normativa volta a legalizzare il suicidio medicalmente assistito, continuando a riconoscere, tuttavia, la rilevanza penale di pratiche di c.d. eutanasia attiva. L'attento impegno dimostrato dal legislatore nel definire i criteri per l'accesso al suicidio medicalmente assistito e nel delineare una procedura finalizzata ad accertare il ricorrere di tali requisiti, nonché la libera capacità di autodeterminarsi del paziente, ha reso l'*Oregon Death with Dignity* un modello normativo per le altre legislazioni che successivamente hanno riconosciuto la piena legittimità delle richieste di morte assistita.

2. QUADRO NORMATIVO E GIURISPRUDENZIALE ITALIANO IN MATERIA DI FINE VITA

La tutela penale alla vita umana trova il suo fondamentale presidio nel delitto di omicidio, considerato dalla dottrina come il «diritto naturale per eccellenza»¹, rappresentandone, più nello specifico, il fine ultimo dell'incriminazione². Strutturato come reato a forma libera, esso incrimina qualsiasi condotta idonea a ledere o sopprimere la vita di un essere umano, non assumendo alcun rilievo le modalità esecutive attraverso le quali l'offesa viene realizzata.

La dottrina si è interrogata sull'interesse tutelato tramite le fattispecie collocate nel titolo XII del Codice penale, dedicato ai delitti contro la persona. L'intenzione del legislatore del 1930 era quella di apprestare una protezione penale al bene della vita non soltanto nell'interesse individuale della persona fisica, titolare del bene giuridico, ma anche nell'interesse della collettività³, finendo così per ricondurre o attribuire profili pubblicistici ai delitti di omicidio⁴. La vita, pur appartenendo all'individuo, viene pertanto sottratta alla sua libera disponibilità, poiché dotata di un valore sociale che trascende la dimensione personale e si radica nei doveri che, secondo l'ideologia del tempo, l'uomo è chiamato ad assolvere nei confronti della famiglia e dello Stato.

Emblematica di questa impostazione è la disciplina contenuta negli articoli 579 e 580 del codice penale, che puniscono rispettivamente il delitto di omicidio del consenziente e l'istigazione o aiuto al suicidio. Entrambe le fattispecie rappresentano una chiara espressione del principio di indisponibilità della vita umana, assicurando una tutela che prescinde dalla volontà del titolare di rinunciarvi, sia che la morte venga determinata *manu alius* con il consenso dell'interessato, sia che egli se ne privi *manu propria* con l'ausilio *ab externo* di terzi⁵.

Ne emerge un modello di tutela penale che attribuisce alla vita umana un valore assoluto e non disponibile, inteso quale bene giuridico primario e fondante dell'ordinamento, sottratto alle libere determinazioni dell'individuo e affidato alla garanzia dello Stato quale custode della dignità e dell'inviolabilità dell'esistenza umana.

¹ MANTOVANI F., *Diritto penale, Parte speciale, Delitti contro la persona*, Milano, 2022, 95.

² ANTOLISEI F., *Manuale di diritto penale, Parte speciale*, Milano, 2022, 10 ss.

³ ANTOLISEI F., *Manuale di diritto penale, parte speciale*, cit., 11, viene assunto come riferimento paradigmatico l'omicidio del consenziente, quale evidenza dell'intenzione dell'ordinamento di attribuire alla vita del singolo anche un valore sociale in ragione proprio dei doveri che all'individuo incombono verso la famiglia e lo Stato.

⁴ In particolare, sulla natura pubblica del bene della vita si veda, MANZINI V., *Istituzioni di diritto penale italiano*, Padova, 1930, 427, riconosce come, in ragione dell'interesse eminentemente sociale che si cela dietro la tutela della vita umana, «la morte violenta [...] produce un danno pubblico, che deve essere prevenuto e represso, non solo per sè medesimo ma altresì come fatto sociale la cui potenza dannosa va oltre i casi concreti».

⁵ MANNA A., *Reati contro la persona*, Torino, 2007, 40 ss.

2.1. Il delitto di omicidio del consenziente

L'art. 579 c.p. punisce, seppur con pene inferiori, chiunque cagioni la morte di un uomo, col consenso di quest'ultimo.

Tale fattispecie è stata introdotta nel nostro ordinamento per volontà del legislatore del 1930, risultando difatti assente nel precedente codice Zanardelli, e nell'intento di prevedere una nuova e autonoma figura criminosa⁶, posta a presidio del principio dell'inviolabilità della vita, punita meno severamente rispetto all'omicidio volontario ex art 575 c.p in ragione del consenso validamente prestato della persona offesa. Già nei Lavori preparatori del nuovo Codice penale, si rilevava come il principio dell'indisponibilità della vita non potesse non consentire di valutare il consenso come rilevante «ai fini dell'apprezzamento del dolo in generale e della personalità del colpevole»⁷, dovendosi considerare attenuata sia la colpevolezza sia la capacità a delinquere del reo⁸. In aggiunta, è stato evidenziato come tale valido consenso attenui anche l'offensività del fatto poiché, a differenza dell'omicidio comune che offende sia il bene della vita che la libera volontà della vittima⁹, il reato in esame «offende la vita ma non anche la libertà di autodeterminazione»¹⁰. La minor offensività rispetto all'omicidio comune giustifica, dunque, un trattamento sanzionatorio meno grave.

Seppur non dotato di efficacia scriminante ex art. 50 c.p. in assenza di una libera disponibilità da parte del soggetto della propria vita¹¹, il consenso validamente prestato dalla vittima di cui all'art 579 c.p., avente ad oggetto l'evento della propria morte¹², risulta, dunque, in grado di attenuare il disvalore penale del fatto sia su un piano oggettivo che soggettivo.

Il consenso dell'avente diritto risulta, dunque, elemento costitutivo della fattispecie con funzione specializzante e caratterizzante¹³. Affinché possa dirsi

⁶ Ad avviso di PATALANO V., *I delitti contro la vita*, Padova, 1984, 203, sarebbe preferibile ricondurre l'omicidio del consenziente ad una circostanza attenuante e non una autonoma figura delittuosa.

⁷ ROCCO A., *Lavori preparatori del Codice penale e del codice di procedura*, Vol. V, parte III, Roma, 1929, 373; sul punto anche MANZINI V., *Istituzioni di diritto penale italiano*, Padova, 1955, 307, evidenza come il legislatore abbia valutato il consenso dell'avente diritto alla propria uccisione quale elemento che rende meno intenso il dolo ed esprime una minor criminalità del colpevole.

⁸ Come evidenziato da autorevole dottrina, tra cui MANTOVANI F., *Diritto penale, Parte speciale*, cit., 121; FIANDACA G., MUSCO E., *Diritto penale, Parte speciale*, Bologna, 2006, 36.

⁹ DUBOLINO P., *Commento al Codice penale*, Piacenza, 2006, 1782.

¹⁰ FIANDACA G., MUSCO E., *Diritto penale, Parte speciale*, cit., 3.

¹¹ RAMACCI F., *I delitti di omicidio*, Torino, 2008, 38, per cui la vita umana, tutelata dai delitti di omicidio, sarebbe da qualificare come bene giuridico e non tanto come diritto soggettivo dell'individuo. In questo senso anche MANZINI V., *Istituzioni di diritto penale italiano*, cit., 427, per il quale impropriamente si parla di diritto alla vita umana oggetto di tutela penale.

¹² DOLCINI E., GATTA G.L., *Codice penale commentato*, 5^a ed., Assago, 2021, 907 ss.

¹³ RAMACCI F., *I delitti di omicidio*, cit., 132 esclude che il consenso della vittima possa considerarsi circostanza attenuante in quanto appartiene al fatto di reato di cui all'art. 579 c.p. tale per cui è

integrata tale fattispecie criminosa (e non, quindi, quella di cui all'art. 575 c.p.), il consenso deve essere altresì dotato di plurimi requisiti, individuati dalla dottrina, cui è subordinata la sua validità al fine di evitare strumentalizzazioni opportunistiche dell'art. 579 c.p., finalizzate unicamente ad ottenere un «trattamento sanzionatorio più mite rispetto a quello previsto per l'omicidio volontario»¹⁴.

I requisiti del consenso possono essere desunti da principi generali dell'ordinamento e dal terzo comma dell'art 579 c.p.; pertanto il consenso deve essere «personale, non essendo ammessa rappresentanza volontaria o legale; reale»¹⁵, deve trattarsi inoltre di un «consenso serio, esplicito e non equivoco, perdurante fino al momento in cui l'agente commette il fatto»¹⁶, «specifico, avente cioè per oggetto la propria uccisione e non altro evento, attuale, ossia prestato o, comunque, persistente al momento della condotta omicida»¹⁷.

Inoltre, il consenso, per dirsi valido, deve essere prestato da una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere. Ne consegue che laddove venga prestato da un minore di anni diciotto¹⁸, da un soggetto in condizioni di infermità di mente o di deficienza psichica dovuta da qualsiasi altra infermità o da abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, il consenso non potrà reputarsi idoneo ad integrare la fattispecie di cui all'art 579 c.p., dovendosi piuttosto qualificare il fatto commesso contro tali soggetti come omicidio comune con conseguente applicazione delle disposizioni ad esso relativo¹⁹.

Il consenso, inoltre, deve essere libero dai vizi c.d. esogeni, che, dunque, dipendono dalla condotta dell'agente volta a condizionare il processo di formazione della volontà della vittima. Sono suscettibili di escludere l'idoneità del consenso la violenza, minaccia, inganno o suggestione²⁰, intendendosi per quest'ultima «un'insistente e lenta opera di persuasione che fiacca la volontà della vittima e fa di questa succube del colpevole»²¹.

La *ratio* di tale disposizione sembrerebbe essere quella di escludere la rilevanza di manifestazioni di consenso che non possano qualificarsi come frutto di scelte

più corretto definire il consenso come elemento specializzante e degradante la gravità del reato rispetto alla fattispecie generale di omicidio volontario.

¹⁴ FIANDACA G., MUSCO E., *Diritto penale, Parte speciale*, cit., 36.

¹⁵ MANTOVANI F., *Diritto penale, Parte speciale*, cit., 121.

¹⁶ Cfr., Cass. pen., Sez. I, 27 giugno 1991, n. 8128, *Vornetti*, in *Giust. pen.*, 1992, II, 4 e anche Cass. pen., Sez. I, 13.11.1970, n. 1155, *Pasquini*, in *Cass. pen.*, 1972.

¹⁷ MANTOVANI F., *Diritto penale, Parte speciale*, cit., 121.

¹⁸ Sul punto, PATALANO V., voce *Omicidio*, in *Enc. dir.*, XXIX, Milano, 1979, 968 evidenzia come la norma non distingua, nella determinazione della capacità di intendere e di volere, tra consenso del minore di anni quattordici e minore di anni diciotto, confermando un maggior rigore dell'art 579 c.p. rispetto alla tradizionale disciplina dell'imputabilità.

¹⁹ Cfr., art. 579, co. 3, c.p. in www.gazzettaufficiale.it; sulla presunzione di invalidità del consenso.

²⁰ Cfr., art. 579, co. 3, c.p., cit.

²¹ ROCCO A., *Lavori preparatori del Codice penale e del codice di procedura*, Vol. V, parte III, cit., 375.

autonome, libere e consapevoli²², ritenendo che possa considerarsi valido unicamente il consenso prestato da un soggetto che abbia la capacità di intendere e di volere e che sia conseguenza di una libera e spontanea determinazione della vittima. Ne deriva che rispetto ai minori e agli infermi di mente, o comunque soggetti affetti da una deficienza psichica, il consenso si presume essere invalido; laddove venga prestato da una persona maggiorenne e sana di mente, sarà necessario, ai fini della configurabilità dell'art 579 c.p. – e non del 575 c.p.– verificare che tale manifestazione di volontà non derivi da una qualche attività intimidatrice o fraudolenta esercitata su di essa dal soggetto agente²³.

2.2. Il delitto di istigazione o aiuto al suicidio

Il delitto di istigazione o aiuto al suicidio, disciplinato dall'art. 580 c.p., punisce con la reclusione da cinque a dodici anni chiunque determini altri al suicidio, ne rafforzi l'altrui proposito ovvero ne agevoli, in qualsiasi modo, l'esecuzione.

Da tale disposizione emerge con chiarezza la volontà del legislatore del 1930 di approntare una tutela piena e sistematica del bene giuridico della vita, riaffermandone il valore assoluto e l'indisponibilità²⁴.

Sebbene il suicidio non costituisca condotta penalmente rilevante²⁵, il legislatore ha ritenuto di sanzionare le condotte di terzi soggetti che, mediante un contributo morale, nelle forme dell'istigazione o del rafforzamento del proposito, o materiale, sotto forma di agevolazione dell'esecuzione, partecipano, in qualunque modo, al proposito autodistruttivo altrui²⁶. L'art. 580 c.p. configura, dunque, una fattispecie autonoma di reato, volta a preservare la vita umana da ogni forma di cooperazione nella sua soppressione²⁷, anche quando questa avvenga con il consenso o per volontà della vittima.

²² DOLCINI E., GATTA G.L., *Codice penale commentato*, cit., 907 ss.

²³ ROCCO A., *Lavori preparatori del Codice penale e del codice di procedura*, Vol. V, parte III, cit., 374.

²⁴ BERTOLINO M., voce *Suicidio (istigazione o aiuto al)*, in *Dig. disc. pen.*, 1999, 113 s.

²⁵ Sulle ragioni che sorreggono la non punibilità del suicidio, in letteratura sono state formulate diverse interpretazioni differenti; autorevole dottrina ha ritenuto che il suicidio possa definirsi come atto giuridicamente tollerato, che, pur manifestando un certo disvalore giuridico, per ragioni di politica criminale, non viene punito dall'ordinamento, si veda, *ex multis*, MANTOVANI F., *Diritto penale, Parte speciale*, cit., 127. Diversamente, si è argomentato nel ritenere non punibile il suicidio quale atto di libertà individuale ed espressione di un diritto alla propria autodeterminazione, non ravvisandosi nell'ordinamento un «precetto normativo contenente un comando di vivere», v. FIANDACA G., MUSCO E., *Diritto penale, Parte speciale*, cit., 44; SEMINARA S., *Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1995, 671.

²⁶ FIANDACA G., MUSCO E., *Diritto penale, Parte speciale*, cit., 44.

²⁷ GIUGNI I., *Istigazione o aiuto al suicidio*, in LATTANZI G., LUPO E. (a cura di), *Delitti contro la persona*, in *Codice penale, Rassegna di giurisprudenza e dottrina*, Vol. V, libro II, Milano, 2022, 48 ss.

Rispetto all'analoga previsione del codice Zanardelli²⁸, la disposizione attuale amplia notevolmente l'ambito di rilevanza penale, includendo «forme eterogenee di cooperazione nell'altrui suicidio, distinguibili per modalità di esecuzione e per efficienza causale sulla sfera psichica della vittima»²⁹. Sono pertanto rilevanti, ai sensi dell'art. 580 c.p., tanto le condotte di chi fornisce un contributo materiale all'altrui suicidio – in qualunque forma di agevolazione – quanto quelle di chi determini o rafforzi l'altrui proposito suicida, integrando in tali ipotesi un contributo morale alla decisione della vittima³⁰. Più precisamente, si ravvisa una determinazione all'altrui suicidio quando l'agente faccia sorgere nella vittima un'intenzione suicidaria prima inesistente; mentre ricorre il rafforzamento qualora la condotta dell'agente sia diretta a consolidare un proposito già formato.

La partecipazione morale si manifesta tipicamente attraverso il consiglio, il suggerimento, l'incoraggiamento o altre forme di persuasione, la cui effettiva incidenza causale sull'evento deve essere valutata *ex post*. Tuttavia, affinché la fattispecie sia configurabile, è necessario che la morte rappresenti pur sempre il risultato della libera autodeterminazione della vittima. Ne consegue che l'uso della violenza o della minaccia, volto a costringere il soggetto passivo al suicidio, esula dal perimetro applicativo dell'art. 580 c.p. e integra, piuttosto, gli estremi dell'omicidio volontario³¹.

Diversamente, il contributo materiale penalmente rilevante si realizza ogniqualvolta l'agente agevoli o aiuti l'esecuzione del proposito suicidario, ad esempio fornendo i mezzi necessari, predisponendo le condizioni favorevoli o rimuovendo gli ostacoli che si frappongono all'attuazione del gesto³². È, tuttavia, imprescindibile, anche in questo caso, che il dominio³³ sull'esecuzione del suicidio rimanga in capo all'aspirante suicida³⁴; qualora l'agente intervenga in modo

²⁸ Cfr., art 370 Codice penale Zanardelli.

²⁹ PALOMBI E., voce *Istigazione o aiuto al suicidio*, in *Enc. dir.*, XXII, Milano, 1972, 1020.

³⁰ ROCCO A., *Lavori preparatori del Codice penale e del codice di procedura*, Vol. V, parte III, cit., 376.

³¹ GAROFOLI R., *Manuale di diritto penale, Parte speciale*, Roma, 2011, 1008 ss.

³² MARANI S., *I delitti contro la persona*, Padova, 2007, 66 ss.

³³ Cfr., Cass. pen., sez. I, 6.02.1998, n. 3147, in *Foro it.*, 1998, vol. 121, 7-8, 456 ss, individua tra le altre cose proprio in questo il discrimine rispetto all'omicidio del consenziente. Più precisamente si legge che «si avrà omicidio del consenziente nel caso in cui colui che provoca la morte si sostituisca in pratica all'aspirante suicida, pur se con il consenso di questi, assumendone in proprio l'iniziativa, oltre che sul piano della causazione materiale, anche su quello della generica determinazione volitiva; mentre si avrà istigazione o agevolazione al suicidio tutte le volte in cui la vittima abbia conservato il dominio della propria azione, nonostante la presenza di una condotta estranea di determinazione o di aiuto alla realizzazione del suo proposito, e lo abbia realizzato, anche materialmente, di mano propria».

³⁴ FIANDACA G., MUSCO E., *Diritto penale, Parte speciale*, cit., 45, in perfetta aderenza con quanto affermato da ROCCO A., *Lavori preparatori del Codice penale e del codice di procedura*, Vol. V, parte III, cit., 376, in cui si chiarisce sul punto che il delitto di istigazione o di aiuto al suicidio costituisce titolo autonomo di reato il cui elemento distintivo è che la uccisione sia materialmente eseguita dalla vittima.

diretto e determinante nell'atto letale, si configura la più grave ipotesi dell'omicidio del consenziente³⁵.

Il contributo materiale può altresì assumere la forma dell'omissione³⁶, qualora l'agente, titolare di un obbligo giuridico di impedire l'evento ai sensi dell'art. 40 cpv c.p., ometta di attivarsi per evitarlo. Tale obbligo può gravare, ad esempio, su chi è investito di doveri di cura, assistenza o vigilanza, come nel caso del familiare tenuto alla somministrazione di alimenti, o dell'agente di polizia penitenziaria che ometta di adottare misure idonee a impedire il suicidio del detenuto affidato alla sua sorveglianza³⁷.

Il legislatore italiano ha, dunque, equiparato, attribuendo ad esse il medesimo disvalore penale, le condotte di determinazione, istigazione e aiuto³⁸, seppur eterogenee tra di loro e potenzialmente in grado di esprimere un diverso disvalore penale e una differente valenza sul piano della causalità del contributo penalmente rilevante³⁹. È stato sul punto criticamente osservato come «chi si limita ad agevolare la realizzazione di un suicidio già autonomamente deciso dall'interessato non può essere assimilato a chi invece fa nascere o rafforza la volontà suicidaria; onde la previsione di una stessa pena appare profondamente ingiusta»⁴⁰.

L'equiparazione, anche sotto il profilo sanzionatorio, tra le condotte di istigazione e quelle di aiuto al suicidio trova una spiegazione alla luce dell'impostazione originaria del legislatore del 1930, orientata a garantire una tutela piena ed effettiva del bene giuridico vita. La differente natura ontologica delle due condotte viene infatti neutralizzata nel momento in cui si assume come criterio dirimente l'evento concretamente incentivato e lesivo.

In tale prospettiva, entrambe le condotte risultano penalmente rilevanti in quanto espressive di un medesimo disvalore giuridico, nella misura in cui siano idonee a determinare o anche solo a rafforzare la decisione altrui di porre fine alla propria esistenza, concorrendo così alla lesione del bene tutelato dall'ordinamento.

³⁵ PALOMBI E., voce *Istigazione o aiuto al suicidio*, cit., 1023.

³⁶ ANTOLISEI F., *Manuale di diritto penale, Parte speciale*, cit., 44 ss., che richiama, a sostegno, la posizione di Manzini. Non condivide tale impostazione MANTOVANI F., *Diritto penale, parte speciale*, cit., 132, che individua una pluralità di ragioni per cui tale reato non può essere commesso per omissione «a) né in base all'art. 580, poiché i concetti non solo di determinazione e di rafforzamento, ma anche di agevolazione richiedono un comportamento attivo; b) né in base all'art. 40/2, poiché questo si riferisce ai reati di evento a forma libera, mentre il reato dell'art. 580 è a forma vincolata; c) perché chi ha l'obbligo di garanzia (di impedire il suicidio: es. i genitori), se non lo impedisce risponde di omicidio comune, non avendo impedito la morte di un uomo, che doveva impedire, essendo indifferente che la morte sia dovuta alla condotta suicidaria del soggetto; d) perché l'art. 580 si riferisce a chi non ha il dovere di garanzia, essendo per questa ragione, punito con pena inferiore a quella dell'omicidio comune».

³⁷ GAROFOLI R., *Manuale di diritto penale, Parte speciale*, cit., 1008 ss.

³⁸ In senso critico anche SEMINARA S., *Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia*, cit., 725.

³⁹ SEMINARA S., *Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia*, cit., 725.

⁴⁰ SEMINARA S., *Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia*, cit., 725.

La norma in esame, dunque, pur muovendo dall'impunità del suicidio, riafferma la centralità del bene vita e il principio della sua indisponibilità, sanzionando ogni forma di concorso, morale o materiale, nella decisione autodistruttiva altrui e ponendosi come strumento di tutela penale dell'esistenza umana nella sua dimensione sociale e relazionale.

2.3. Possibili profili di incompatibilità della disciplina codicistica con il dettato costituzionale

È stato osservato come le fattispecie di cui agli articoli 579 e 580 del codice penale che, pur a fronte del mutato contesto costituzionale, continuano a configurare la vita quale bene giuridico indisponibile, sono potenzialmente suscettibili di rilievi di incostituzionalità⁴¹.

In particolare, alla luce del principio personalistico che informa l'intero assetto della Carta costituzionale, il bene vita dovrebbe essere concepito quale espressione della dignità e dell'identità individuale e, dunque, riconducibile unicamente alla sfera di titolarità del singolo. Tale impostazione si pone in contrasto con visioni di impronta utilitaristica, secondo cui la vita assumerebbe valore solo in quanto strumentale alla realizzazione di interessi collettivi superiori⁴².

Nondimeno, la disciplina codicistica vigente, e in particolare le disposizioni sopra richiamate, continuano a ispirarsi a un modello oggettivo di tutela della vita, che prescinde dalla volontà dell'individuo e dalla sua eventuale rinuncia, escludendo in radice la possibilità per il soggetto di autodeterminarsi rispetto alla prosecuzione o cessazione della propria esistenza.

Una simile configurazione normativa è stata ritenuta, da parte della dottrina⁴³, non pienamente conforme ai principi costituzionali di libertà personale e di libera determinazione del soggetto, anche in ambito terapeutico, suggerendo pertanto la necessità di un'interpretazione costituzionalmente orientata delle suddette disposizioni penali.

In tal senso, la progressiva affermazione del diritto all'autodeterminazione individuale – riconosciuto sul piano legislativo con la legge n. 219 del 2017, in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento – ha già inciso sull'ermeneutica tradizionale degli articoli 579 e 580 c.p., aprendo alla possibilità di configurare una, seppur limitata, disponibilità del bene vita da parte del titolare, anche nel caso in cui la scelta sia supportata o agevolata da soggetti terzi.

⁴¹ FIANDACA G., MUSCO E., *Diritto penale, parte speciale*, cit., 3.

⁴² PALAZZO F., voce *Persona (delitti contro la)*, in *Enc. dir.*, XXXIII, Milano, 1983, 298.

⁴³ SEMINARA S., *Riflessioni in tema di suicidio ed eutanasia*, cit., 726.

2.4. I precedenti giurisprudenziali in materia di fine vita

Una delle prime vicende giudiziarie⁴⁴ che ha consentito di accendere un faro sulla inadeguatezza della disciplina in tema di fine vita «imperniata sulla sola previsione dell'omicidio del consenziente e dell'aiuto al suicidio»⁴⁵ è rappresentata dal caso Welby.

Tale vicenda ha segnato un momento di svolta nell'elaborazione giurisprudenziale, in quanto ha consentito di ridimensionare il dogma dell'indisponibilità assoluta della vita umana, riconoscendo in capo all'individuo un potere di autodeterminazione che si manifesta, in particolare, nel diritto di rifiutare i trattamenti sanitari, anche c.d. salvavita⁴⁶. Nel caso di specie, il Gup di Roma, ha come noto, ritenuto che, sebbene la condotta del medico, consistita nell'interrompere i trattamenti di sostegno vitale su richiesta del paziente, fosse astrattamente idonea a integrare la fattispecie di omicidio del consenziente di cui all'art. 579 c.p., la stessa dovesse ritenersi scriminata ai sensi dell'art. 51 c.p.⁴⁷ in quanto posta in essere nell'adempimento di un dovere. In particolare, è stato riconosciuto in capo al sanitario il dovere giuridico di consentire l'esercizio del diritto del paziente a rifiutare le cure, diritto che trova una sua copertura costituzionale. Ne consegue che il sanitario che interrompa un trattamento, anche salvavita, adempie a un dovere che fa da «pendant al diritto del paziente di rifiutare i trattamenti medici riconosciutogli dalla Costituzione con conseguente esclusione dell'illiceità della condotta»⁴⁸ del sanitario medesimo⁴⁹, con conseguente esclusione dell'illiceità penale della condotta.

⁴⁴ Ad onor del vero già nel 2002 la giurisprudenza italiana aveva affrontato una questione riconducibile al tema dell'eutanasia e più precisamente relativa alle conseguenze su un piano penalistico della condotta di un terzo che procede al distacco di apparecchiature di sostegno vitale cagionando la morte del soggetto che ne usufruiva, v. Ass. Milano, 24.02.2002, in *Foro it.*, 2002, 2, II, 87 ss. Nel caso in questione, la Corte in secondo grado assolse il marito, imputato nel procedimento penale e già condannato per omicidio volontario dal giudice di prime cure, per insussistenza del nesso causale tra la condotta del marito e l'evento-morte, non affrontando, però, le questioni relative al tema dell'eutanasia.

⁴⁵ STELLA F., *Il problema giuridico dell'eutanasia: l'interruzione e l'abbandono delle cure mediche*, in *Riv. it. med. leg.*, 1984, 4, 1008.

⁴⁶ MASSARO A., *L'omicidio del consenziente e l'istigazione o aiuto al suicidio. La rilevanza penale delle pratiche di fine vita*, in *Giur. pen. web*, 2018, 10, 15.

⁴⁷ DONINI M., *Il caso Welby e le tentazioni pericolose di uno "spazio libero dal diritto"*, in *Cass. pen.*, 2007, 3, 95 ss; GIUNTA F., *Diritto di morire e diritto penale*, i termini di una relazione problematica, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1997, 1, 95.

⁴⁸ VIGANÒ F., *Decisioni mediche di fine vita e "attivismo giudiziale"*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2008, 4, 1603.

⁴⁹ In alternativa all'assoluzione per la sussistenza di una causa di giustificazione, autorevole dottrina proponeva di risolvere la questione della rilevanza penale sul piano della tipicità: la condotta del medico, quale omissione dell'ulteriore trattamento, potrebbe dirsi penalmente rilevante solo se il medico a fronte di un obbligo giuridico, essendo titolare di una posizione di

Altra pietra miliare nella trattazione del tema risulta essere il caso Englaro: la vicenda, pur essendo cronologicamente contestuale alla quella di Piergiorgio Welby, presenta un fattore problematico aggiuntivo dovuto allo stato di assoluta incapacità in cui versava la ragazza, non più in grado di esprimere una propria personale e attuale volontà in relazione ai trattamenti sanitari⁵⁰ cui era sottoposta. Si è trattato, più precisamente, del primo caso giurisprudenziale di autorizzazione di trattamenti sanitari in pazienti incapaci di intendere e di volere e in stato vegetativo permanente⁵¹. A seguito di un lungo iter giudiziario, è stato riconosciuto, infatti, il diritto all'autodeterminazione terapeutica anche in pazienti in stato vegetativo laddove l'individuo, prima di cadere nello stato di incoscienza e incapacità totale, «abbia manifestato, in forma espressa o anche attraverso i propri convincimenti, il proprio stile di vita e i valori di riferimento, l'inaccettabilità dell'idea di un corpo destinato, grazie a terapie mediche, a sopravvivere alla mente, l'ordinamento dà la possibilità di far sentire la propria voce in merito alla disattivazione di quel trattamento attraverso il rappresentante legale»⁵². Il rappresentante legale, dunque, può sostituirsi al paziente nella richiesta di interruzione di trattamenti solo al ricorrere di casi estremi vale a dire quando la condizione di stato vegetativo sia irreversibile e non via sia alcuna possibilità di un recupero della coscienza e di ritorno ad una percezione esterna⁵³. In ogni caso, la richiesta di rifiuto o interruzione delle cure proveniente dal rappresentante legale è da ritenersi legittima laddove tenga conto delle convinzioni, dei desideri, degli orientamenti e della personalità della paziente e il suo stile di vita prima della perdita di coscienza.

garanzia, di proseguire il trattamento abbia omesso di impedire l'evento morte del paziente. Di conseguenza la richiesta del paziente, capace di intendere e di volere, di interruzione del trattamento in corso farebbe venir meno la posizione di garanzia del medico e renderebbe doverosa l'accoglienza di tale richiesta da parte del medico stesso. Concludere per una atipicità del fatto consentirebbe di distinguere con certezza il comportamento del medico da quello di un qualunque terzo che, al di fuori di un rapporto di responsabilità terapeutica, distacchi il respiratore; in tal caso, la condotta posta in essere va considerata commissiva, non potendo questi spiegare come mancato proseguimento della terapia il suo inserimento attivo nel trattamento medico. L'interruzione del trattamento terapeutico se realizzato da un soggetto, terzo estraneo al rapporto terapeutico, non rientrerebbe nell'ambito operativo del diritto di autodeterminazione terapeutica, tale per cui la condotta del terzo sarebbe da qualificare come penalmente rilevante ai sensi dell'art 575 c.p. In questo senso, VIGANÒ F., *L'interruzione dell'alimentazione e dell'idratazione artificiali nei confronti di pazienti in stato vegetativo permanente: la prospettiva penalistica*, 2009, 13 s, in www.forumcostituzionale.it, CUPELLI C., *La disattivazione di un sostegno artificiale tra agire ed omettere*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2009, 3, 1170.

⁵⁰ Tale differenza emerge guardando a DONINI M., *La necessità di diritti infelici. Il diritto di morire come limite all'intervento penale*, in *Riv. it. med. leg.*, 2016, 2, 566.

⁵¹ MANTOVANI F., *Riflessioni sulla vicenda di Eluana Englaro*, in *Criminalia*, 2009, 331.

⁵² Cfr., Cass. civ., Sez. I, 16.10.2007, n. 21748, punto 7.5. della decisione, in Onelegale.it.

⁵³ Cfr., Cass. civ., Sez. I, 16.10.2007, n. 21748, punto 7.5. della decisione, cit.

È innegabile che i casi Welby e Englaro abbiano contribuito a chiarire dei diritti riconosciuti per la prima volta in via interpretativa dalla giurisprudenza⁵⁴, mettendo in luce la completa mancanza nel nostro ordinamento giuridico di una disciplina relativa al fine vita. Tale evidenza ha spinto il Parlamento a emanare la legge 219 del 2017, che rappresenta la prima normativa in materia di fine vita e disposizioni anticipate di trattamento, recependo gli orientamenti ormai consolidati dalla giurisprudenza e fissando in una legge ordinaria i principi fondamentali in questione. Il riconoscimento di un diritto a rifiutare le cure, presupposto comune in entrambe⁵⁵ le vicende, trova, ad oggi, un riconoscimento non solo nella giurisprudenza ormai consolidatasi, ma anche su un piano normativo grazie alla novella in questione.

La legge n. 219/2017 ha indubbiamente rappresentato un momento rilevante nella creazione di una disciplina sul fine vita, se si considera che prima di allora non esisteva nel nostro ordinamento alcun riferimento normativo che disciplinasse il rapporto tra medico e paziente e affrontasse la questione del consenso informato. Al legislatore del 2017 si riconosce, dunque, il merito di aver consacrato su un piano normativo lo sforzo ermeneutico compiuto dai giudici italiani a partire dai casi Welby ed Englaro nel riconoscere, in forza dei principi costituzionali, il diritto del paziente a revocare il proprio consenso chiedendo l'interruzione delle cure salvavita, anche laddove ciò anticipi il momento finale della propria esistenza.

Tale intervento normativo, pur favorendo un temperamento del principio dell'indisponibilità della vita, non ha però determinato alcuna apertura verso forme di c.d. eutanasia attiva volontaria, o più generalmente verso il riconoscimento di un diritto di morire. Lo Stato italiano, in linea con il principio di indisponibilità della vita umana, appresta a essa una tutela del tutto indipendente dalla volontà della vittima di porre fine *manu alius* alla propria vita, rinunciando in prima persona a tale bene giuridico, o di privarsene *manu propria* ma con l'ausilio *ab externo* di altri. Su un piano strettamente penalistico, come già visto, quanto premesso si traduce in una disciplina imperniata sulle fattispecie dell'omicidio del consenziente (art. 579 c.p.) e dell'aiuto o istigazione all'altrui suicidio (art. 580 c.p.).

Tale ultima fattispecie è stata oggetto di recente scrutinio di legittimità della Corte costituzionale, che, nell'ambito del caso Cappato, ne ha dichiarato l'incostituzionalità nella misura in cui sanziona penalmente la condotta di chi agevola l'esecuzione del proposito suicidario, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente (i) tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e (ii) affetto da una patologia irreversibile, (iii) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche

⁵⁴ DONINI M., *La necessità di diritti infelici. Il diritto di morire come limite all'intervento penale*, cit., 568, secondo cui il caso Welby e il caso Englaro non sono due esempi del diritto a un aiuto nel morire, ma del diritto di morire.

⁵⁵ SEMINARA S., *Le sentenze sul caso Englaro e sul caso Welby*, in *Dir. pen. proc.*, 2007, I, 1561.

che egli reputa intollerabili ma (iv) pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli⁵⁶.

La Consulta ha rilevato come l'assoluto divieto dell'aiuto all'altrui suicidio determini una lesione del principio della dignità umana e una disparità di trattamento ingiustificata se si considera che il paziente in condizioni di analoga sofferenza può già decidere, ai sensi della legge 219 del 2017, di interrompere i trattamenti di sostegno vitale e richiedere la sedazione profonda continua, lasciandosi morire. La normativa vigente, invece, non consente al medico di fornire al paziente trattamenti idonei a determinarne la morte, costringendo così il malato, intenzionato a congedarsi dalla vita, a subire un processo più lento e maggiormente carico di sofferenze, comprimendo in maniera immotivata il suo diritto all'autodeterminazione. La pronuncia del 2019, dunque, individua un'area di non punibilità del suicidio assistito al ricorrere puntuale delle quattro condizioni sopra menzionate.

Attorno all'inquadramento dogmatico e alla natura giuridica della causa di non punibilità delle condotte di agevolazione nell'altrui suicidio ruotano le principali critiche sulla pronuncia della Corte Costituzionale. Parte della dottrina ha sostenuto la tesi di una scriminante volta ad escludere l'antigiuridicità del fatto. Infatti, nonostante l'astratta conformità delle condotte di agevolazione materiale alla fattispecie astratta di cui all'art. 580 c.p., risulterebbero non punibili in concreto poiché vi sarebbe nell'ordinamento giuridico una disciplina, quella introdotta dalla sentenza 242/2019, che renderebbe lecito il fatto, lesivo di un bene giuridico, privandolo dell'antigiuridicità, a fronte della tutela che l'ordinamento appresta a un bene ritenuto superiore⁵⁷. Si tratterebbe, più nello specifico, di una scriminante c.d. procedurale, in linea, dunque, con l'impostazione della Corte secondo cui il rispetto di presupposti e delle procedure servirebbe a creare uno spazio di liceità⁵⁸, senza però comportare un giudizio di approvazione da parte dell'ordinamento. C'è, poi, chi ha prospettato una ricostruzione esegetica alternativa volta valorizzare l'inoffensività della condotta di agevolazione al suicidio⁵⁹ e ad evitare il ricorso a cause di giustificazione sostanziale o

⁵⁶ Si rinvia alla sentenza del 2019 della Corte costituzionale sul caso Cappato: v. Corte cost., 22.11.2019, n. 242, in *Cortecostituzionale.it*.

⁵⁷ Sulle cause di giustificazione, FIANDACA, MUSCO, *Diritto penale, parte generale*, Bologna 2010, 255 e ss; MARINUCCI, DOLCINI, GATTA, *Diritto penale. parte generale*, Milano, 2022, 315 ss; PELLISERO, *Manuale di diritto penale, parte generale*, Milano, 2023, 313 ss.

⁵⁸ MAGRO, *Eutanasia e diritto penale*, cit, 2001, 255, che riconosce come nella giustificazione procedurale manchi una diretta valutazione da parte del legislatore circa il bilanciamento degli interessi in gioco, ma vengono rigorosamente definiti gli ambiti oggettivi entro i quali l'individuo può esplicitare la propria autonomia decisionale; CONSULICH, *Lo statuto penale delle scriminanti*, Torino, 2018, 41 e ss ricorda come nel caso delle scriminanti procedurali, a differenza delle scriminanti sostanziali, è una procedura normativa e non un interesse o diritto contrapposto a liceizzare un fatto tipico.

⁵⁹ In senso critico, v. TAVERRITTI S.B., *Norme esimenti e aiuto al suicidio: dalle rime liberate alla metrica della dommatica*, in *Leg. pen.*, 2021, 1., 22 ss., ma anche DONINI M., *Il caso Fabo/Cappato*

all'enucleazione di nuove categorie dommatiche⁶⁰. Le garanzie procedurali e l'esigenza di individuare condizioni di liceità *ex ante* delle condotte consentirebbero di qualificare il fatto come atipico, e non come scriminante processuale, poiché l'operazione realizzata dalla Corte non può essere definita come bilanciamento tra di diritti, sul quale di basa tradizionalmente il riconoscimento di una scriminante, quanto piuttosto dovrebbe considerarsi una rinuncia da parte dell'ordinamento alla pena a fronte di fatti sostanzialmente inoffensivi⁶¹.

Di recente, la Consulta, chiamata nuovamente ad esprimersi sul tema del fine vita, con la sentenza n. 135 del 2024, ha ritenuto non fondate le questioni di legittimità, sollevate dal Gip di Firenze, finalizzate a estendere l'area di non punibilità dell'aiuto al suicidio oltre i confini già tratteggiati con la precedente sentenza del 2019. Ad avviso del giudice *a quo* la previsione della necessità che la persona sia tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale nella misura in cui segna il confine tra l'area di liceità e l'area coperta dal divieto di aiuto al suicidio presentava indubbi profili di illegittimità costituzionale. Risultava in particolare lesiva del principio di uguaglianza sancito all'art. 3 Cost. nella misura in cui «a parità di condizioni, la liceità della condotta di agevolazione di terzi finirebbe per dipendere dal fatto che la persona sia o meno tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale» determinando così «un'irragionevole disparità di trattamento tra situazioni concrete sostanzialmente identiche»⁶², a maggior ragione se si considera che il requisito in esame dipenderebbe da circostanze del tutto accidentali e connesse alle singole peculiarità del caso concreto e alle plurime manifestazioni dei sintomi della malattia, non rilevando in alcun modo ai fini dell'accertamento o della sussistenza degli altri requisiti.

Confermando i quattro requisiti di accesso al suicidio medicalmente assistito, la Consulta ha tuttavia escluso profili di incostituzionalità e ha fornito una definizione più precisa di trattamento di sostegno vitale, dovendosi considerare come tale ogni trattamento sanitario praticato sul corpo del paziente, indipendentemente dal suo grado di complessità tecnica e di invasività. La nozione include quindi anche procedure – quali, ad esempio, «l'evacuazione manuale, l'inserimento di cateteri o l'aspirazione del muco dalle vie bronchiali – normalmente compiute da personale sanitario, ma che possono essere apprese anche da familiari o *caregivers* che assistono il paziente, sempre che la loro

fra diritto di non curarsi, diritto a trattamenti terminali e diritto di morire. L'opzione non penalistica della Corte costituzionale di dronte a una trilogia inevitabile, in *Giur. cost.*, 2019, 6, 2861. A sostegno, invece, dell'inoffensività in concreto della condotta di aiuto al suicidio, MASSARO A., *L'omicidio del consenziente e l'istigazione o aiuto al suicidio. La rilevanza penale di pratiche di fine vita*, cit., 19 ss.

⁶⁰ NAPPI A., *Suicidio medicalmente assistito e omicidio del consenziente pietatis causa: problematiche ipotesi di tipicità penale*, in *Leg. pen.*, 2019, 40 ss.

⁶¹ BERNARDONI P., *Ancora sul caso Cappato: qualche considerazione sulla "non punibilità" dell'aiuto al suicidio introdotta dalla Corte costituzionale*, in *Sist. pen.*, 26 febbraio 2020.

⁶² Cfr. Gip Trib. Firenze, ord. 17.01.2024, in *Sist. pen.*, 2024.

interruzione determini prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo»⁶³.

Seppur tale decisione comporti un ampliamento della platea di soggetti che possono legittimamente presentare una richiesta di morte assistita, e pur riconoscendosi i notevoli sforzi compiuti della giurisprudenza nel bilanciare la tutela della vita e il rispetto dell'autodeterminazione individuale, è evidente come solo un esaustivo intervento legislativo potrebbe effettivamente colmare le lacune attuali e rispondere in modo più chiaro e adeguato alle istanze di chi invoca un diritto a morire con dignità. La normativa italiana sul fine vita risulta essere infatti ancora fortemente repressiva e suscettibile di favorire potenziali contrasti con i principi personalistico e consensualistico che permeano la Costituzione Repubblicana. Una revisione di tale disciplina dovrebbe essere più correttamente demandata al legislatore, come già sottolineato dalla Consulta stessa nelle recenti pronunce esaminate. Solo un intervento normativo, democraticamente legittimato, potrebbe infatti realizzare un equilibrato bilanciamento dei molteplici interessi coinvolti, non essendo sufficiente a tale scopo neanche il ricorso a un referendum abrogativo, come già evidenziato dalla pronuncia di inammissibilità della Consulta⁶⁴ sul referendum cd. eutanasia legale.

3. SPUNTI COMPARATIVI IN TEMA DI FINE VITA NEI PRINCIPALI SISTEMI DI COMMON LAW. LA PROSPETTIVA INGLESE E L'ESPERIENZA STATUNITENSE

3.1. La posizione dell'ordinamento inglese sul fine vita. Profili normativi e aspetti procedurali

L'analisi dell'ordinamento inglese mette in risalto l'assenza di una disciplina *ad hoc*, dovendosi riconoscere al *case law* un ruolo significativo nel delicato bilanciamento tra il principio di sacralità della vita umana e il principio di *self determination*.

Il diritto britannico muove da una decisa ma anacronistica condanna del suicidio e del tentato suicidio per giungere a una, pur sempre cauta, apertura nei confronti dell'interruzione di trattamenti salvavita anche in pazienti in stato vegetativo, e quindi incapaci di autodeterminarsi. Ciononostante, continua a essere saldo il principio di sacralità della vita, in ragione del quale vengono escluse dall'area del penalmente irrilevante qualsiasi forma di assistenza all'altrui suicidio o pratica di eutanasia attiva, che, dunque, integrano figure di reato diverse. La condotta di chi provoca attivamente la morte di un soggetto, anche se spinto dalla compassione per la situazione in cui la vittima si trova e in presenza di un consenso di quest'ultima, avrà comunque rilevanza penale potendo integrare a seconda dei

⁶³ Si veda, Corte cost., 18.07.2024, n. 135, in *Cortecosistenzionale.it*.

⁶⁴ Cfr. Corte cost. 15.02.2022, n. 50, in *Cortecosistenzionale.it*.

casi le fattispecie di *murder* o *manslaughter*⁶⁵. Diversamente, i casi di assistenza al suicidio saranno puniti ai sensi del *Suicide Act* del 1961, il quale rappresenta un primo riferimento normativo utile per improntare una riflessione sulla disciplina del fine vita in Inghilterra.

Con l'entrata in vigore del *Suicide Act*, infatti, il Parlamento inglese ha decriminalizzato i fatti di suicidio, anche nella forma tentata, dapprima penalmente rilevanti. Tuttavia, nell'intento di tutelare le persone maggiormente vulnerabili e nel pieno rispetto del principio della sacralità della vita umana, è stata introdotta una nuova fattispecie di reato volta a sanzionare, con la pena della reclusione fino a quattordici anni, qualsiasi contributo in termini di agevolazione o supporto nell'attuazione del proposito suicidario altrui, ai sensi della *Section 2* del *Suicide Act*.

È tuttavia rilevante notare come sulla scorta del principio di discrezionalità dell'azione penale che governa l'agire dei pubblici ministeri inglesi, tenuti alla *prosecution* solo unicamente in presenza di un *public interest* in tal senso, siano vigenti delle linee-guida (c.d. *Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide*) applicabili unicamente in casi di aiuto al suicidio. Il *Director of public prosecutors*, guardando alle circostanze del caso concreto, in assenza di elementi che denotino la presenza di un interesse pubblico alla *prosecution*, così come enucleati nelle linee guida, tra cui rientrano, ad esempio, le ragioni di compassione, potrà astenersi dall'esercizio dell'azione penale favorendo una sorte di area di non punibilità in taluni casi di suicidio assistito.

Sebbene l'applicazione pratica di queste linee guida, secondo alcuni⁶⁶, possa determinare una forma di depenalizzazione *de facto* di talune pratiche di morte assistita, esse non hanno determinato alcuna modifica all'impianto normativo vigente⁶⁷. La legislazione inglese continua, infatti, a punire qualsiasi forma di lesione o aggressione alla vita altrui, in conformità al principio della *sanctity of life*, principio cardine del diritto penale britannico⁶⁸.

Allo stato attuale la legislazione inglese non contempla alcuna apertura verso la legalizzazione di pratiche di assistenza all'altrui suicidio⁶⁹, né tantomeno delle

⁶⁵ FAKONTI C., *Motivated by Compassion: Reviewing the Proposed Public Interest Guidance for Prosecuting Mercy Killing*, in *J. Crim. Law*, 2023, 1.

⁶⁶ Si segnala il contributo di STELLIN M., *La prosecution del mercy killing e del suicidio assistito nel sistema inglese: una questione di public interest?*, in *Giur. pen. web*, 2019, 1bis.

⁶⁷ Cfr., punto 5 delle linee guida c.d. *Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide* disponibili al sito in www.cps.gov.uk.

⁶⁸ Si rileva, tuttavia, come nel panorama giurisprudenziale inglese il principio della *sanctity of life* abbia subito un significativo temperamento a partire dal noto caso *Airedale NHS Trust v. Bland*. In tale occasione, la House of Lords, riconoscendo piena legittimità alle richieste di interruzione di trattamenti anche salva vita, ha individuato nel principio di autodeterminazione (*self determination*) un limite al primato attribuito all'indisponibilità, sacralità della vita.

⁶⁹ Pare tuttavia opportuno dare evidenza che, nelle more, risulta all'attenzione della House of Lords, dopo l'approvazione da parte della Camera dei comuni, una proposta legislativa, il c.d. *Terminally Ill Adults (End of Life) Bill*, che nel legalizzare il suicidio assistito, prevede, su un piano

forme di eutanasia attiva. Tale tendenza ha trovato conferma nella ormai consolidata giurisprudenza, la quale ha escluso fermamente il riconoscimento di un *right to die*.

Si sono, tuttavia, registrati diversi tentativi, seppur fallimentari, di riforma del quadro normativo vigente. Tra i più recenti, si ricorda la naufragata proposta di legalizzazione delle pratiche di assistenza all'altrui suicidio del 2014 presentata da Lord Falconer, sulla cui falsariga nel 2015 il deputato laburista Rob Marris presentò un nuovo disegno di legge in materia di suicidio assistito. Entrambi i bill, continuando a riconoscere rilevanza penale alle forme di eutanasia c.d. attiva⁷⁰, fissavano una serie di requisiti di accesso al suicidio medicalmente assistito nell'intenzione di evitare che una simile disciplina desse adito ad abusi e strumentalizzazioni a danno dei soggetti più vulnerabili⁷¹. Pertanto, era previsto che potessero accedervi solo soggetti capaci di intendere e di volere, maggiorenni, residenti in Inghilterra e in Galles e affetti da una malattia con prognosi letale non superiore a sei mesi. Tale manifestazione di volontà, poi, doveva essere presentata per iscritto, firmata alla presenza di un testimone e controfirmata da due medici. Entrambi procedevano ad esaminare separatamente il paziente, verificando e accertando che il richiedente fosse un malato terminale, capace di autodeterminarsi e che avesse manifestato, volontariamente e senza coercizione alcuna, la volontà di porre fine alla propria vita. Il disegno di Rob Marris individuava, inoltre, nella Family Division della High Court l'organo adibito a sovrintendere il regolare svolgimento della procedura e accertare l'effettiva sussistenza nel caso concreto di tutti i requisiti di cui al testo di legge. Nonostante

più strettamente penalistico, una causa di non punibilità laddove l'assistenza nell'esecuzione del proposito suicidario altrui sia prestata in conformità alle disposizioni del disegno di legge in esame, con conseguente modifica al testo del *Suicide Act* del 1961.

⁷⁰ Con l'espressione *eutanasia attiva* si identificano le condotte commissive dirette a provocare attivamente la morte di un'altra persona, indipendentemente dal consenso o dalla specifica richiesta della vittima. La presenza del consenso della vittima consente al più di distinguere le forme di eutanasia attiva c.d. *consensuale* dalle pratiche di eutanasia attiva c.d. *non consensuale*. Per maggior chiarezza sulle diverse forme di eutanasia si rimanda a RONCOM., voce *Eutanasia*, in *Dig. Disc. Pen.*, vol. V, Torino, 2010, 226 ss; MARANI S., *I delitti contro la persona*, Padova, 2007; MANTOVANI F., voce *Eutanasia*, in *Dig. Disc. Pen.*, Vol. V, Torino, 1990, 423 ss.

⁷¹ Cfr. discorso di apertura del dibattito parlamentare di Lord Falconer in occasione della seconda lettura del disegno di legge (18 luglio 2014) in cui viene illustrato l'obiettivo di tale iniziativa: «*The principle of this Bill is that those who are terminally ill should have choice over how they die, but subject to effective safeguards that prevent pressure or abuse. It would lead not to more deaths, but to less suffering. Disabled or older people without a terminal illness would not be eligible for an assisted death. The Bill does not legalise voluntary euthanasia where a doctor directly administers life-ending medication; rather, it provides that the final act in an assisted death must be taken by a patient who has mental capacity both at the time of the request and at the time of their death*». Il testo del discorso è disponibile alla pagina web: <https://hansard.parliament.uk/Lords/2014-07-18/debates/14071854000545/AssistedDyingBill>.

tale ulteriore garanzia, la House of Commons respinse a maggioranza la proposta di legge sulla morte assistita.

Da ultimo, nel maggio del 2021, un ulteriore disegno di legge, quello presentato dalla Baronessa Meacher, venne portato all'attenzione del Parlamento inglese. L'obiettivo di tale disegno di legge era quello di consentire agli adulti malati terminali, con un'aspettativa di vita non superiore ai sei mesi e capaci di autodeterminarsi, di poter accedere alla morte assistita, riducendo così sofferenze inutili e insopportabili⁷². Il disegno di legge *de quo* prevedeva, come ulteriore garanzia, che la richiesta del paziente, seppur controfirmata da due medici, dovesse essere necessariamente ratificata dalla *High Court Family Division*, prima di procedere alla prescrizione del farmaco letale. Tale fondamentale passaggio era indispensabile nell'ottica di accertare che la decisione del malato fosse l'effettiva manifestazione di una volontà libera e spontanea del paziente medesimo⁷³. Tuttavia, pur superando la discussione in seconda lettura, l'*Assisted Dying Bill* [HL] non riuscì a completare tutte le fasi necessarie prima della fine della sessione parlamentare decadendo così con l'inizio della nuova sessione nel maggio del 2022.

Il reiterato insuccesso dei molteplici tentativi di riforma normativa evidenzia la persistente volontà del legislatore britannico di salvaguardare la rilevanza penale di tutte le condotte riconducibili tanto all'eutanasia attiva, anche ove consapevolmente e volontariamente richiesta dal soggetto agente, quanto al suicidio assistito, confermando così una tutela assoluta e inderogabile del bene giuridico della vita.

3.2. *La disciplina del fine vita negli Usa e l'esperienza dello Stato dell'Oregon in punto di legalizzazione della morte assistita*

Le questioni relative al fine vita, per le ragioni in precedenza evidenziate, hanno interessato anche i paesi oltreoceano e in particolar modo gli Stati Uniti d'America che, come tutti i paesi occidentali, hanno dovuto affrontare le questioni biologiche ed etiche connesse all'avanzare della tecnologia diagnostica e della scienza medica sempre più in grado di mantenere in vita anche soggetti che, pur preservando le funzioni vitali, non riescono a compiere le più elementari attività quotidiane.

⁷² Tale era l'intenzione della proponente, Baroness Meacher, come dal discorso tenuto dalla stessa durante il dibattito parlamentare del 22 ottobre 2021, consultabile alla pagina web <https://hansard.parliament.uk/Lords/2021-10-22/debates/11143CAF-BC664C60-B782-38B5D9F42810/AssistedDyingBill>.

⁷³ Cfr. section 3, *Assisted Dying Bill* [HL], disponibile al sito web <https://bills.parliament.uk/publications/41676/documents/513>.

Negli Stati Uniti la disciplina del fine vita non rientra in una delle materie di competenza legislativa del Congresso degli Usa⁷⁴, rendendo il quadro normativo complesso ed eterogeneo, dovendosi guardare alla produzione legislativa di ogni singolo Stato. Tuttavia, negli Stati Uniti, come d'altronde in tutti i paesi di *common law*, oltre al formante legislativo, un significativo contributo al dibattito è stato fornito dalla giurisprudenza. Come molto spesso accade, anche in tali vicende la produzione giurisprudenziale ha addirittura preceduto l'approvazione delle norme che disciplinano il *right to die*⁷⁵.

Attualmente cinque sono gli Stati che hanno legalizzato l'aiuto nel morire mediante procedure che consentono di addivenire ad una morte assistita: Oregon, Washington, Vermont, Montana, e California. Lo stato dell'Oregon è stato, però, il primo ad introdurre una disciplina normativa volta a legalizzare il suicidio medicalmente assistito, continuando a riconoscere, tuttavia, la rilevanza penale delle pratiche di c.d. *eutanasia attiva*. Il suicidio medicalmente assistito, così come regolamentato dall'*Oregon Death with Dignity*, non implica alcun ruolo attivo da parte del medico nella causazione della morte del paziente. È il paziente stesso che detiene il dominio sull'azione: una volta ottenuta la prescrizione da parte del medico⁷⁶, è rimessa alla propria personale scelta decidere se e quando autosomministrarsi il farmaco letale⁷⁷.

Il rilievo storico e normativo di tale testo di legge non è trascurabile: per la prima volta nella legislazione di uno degli Stati Uniti d'America viene consolidato il diritto di causare la propria morte al ricorrere di una serie di requisiti e nel rispetto di una elaborata procedura volta ad assicurare il carattere volontario e spontaneo di tale atto estremo⁷⁸. Più precisamente, possono, infatti, presentare richiesta per l'ottenimento del farmaco letale solo soggetti maggiorenni, residenti in Oregon, capaci di intendere e di volere, ai quali è stata diagnosticata una malattia terminale idonea a condurre il paziente alla morte in un lasso di tempo inferiore ai sei mesi⁷⁹.

Prima di ottenere la prescrizione del farmaco letale, il paziente, però, deve attenersi a una elaborata procedura che il legislatore ha delineato al fine ultimo di

⁷⁴ Per le materie di competenza federale, si rinvia all'art. 1 della Costituzione degli Stati Uniti d'America, disponibile alla pagina web www.constitutioncenter.org.

⁷⁵ Sul punto, CASONATO C., *Morte dignitosa e sospensione delle cure: ordinamenti giuridici a confronto*, 46 ss, in www.provincia.bx.it, ove si nota come, proprio a seguito del c.d. caso Cruzan, numerosi Stati abbiano avviato un processo di elaborazione normativa specificamente dedicata alla regolamentazione del fine vita.

⁷⁶ Oregon Department of Human service, *Fifth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act*, 2003, 6 ss per la storia dell'Oregon Death with dignity, in www.oregon.gov.

⁷⁷ SCHURMAN J., *Examining the void between physician-assisted death and the right to refuse medical treatment in light of recent changes to Oregon's death with dignity act*, in *Light of Changes to Oregon's Death with Dignity Act*, in Hous. J. Health L. & Pol'y, 2024, vol. 23.2, 79 ss.

⁷⁸ KAY R., *Causing death for compassionate reasons in American law*, in GROENHULJSEN M., LAANEN F. (a cura di), *Euthanasia in International and Comparative Perspective*, Nijmegen, 2006, 257.

⁷⁹ Per maggiori dettagli sui requisiti di accesso alla morte assistita si permette di rinviare al *Death with Dignity Act Requirements*, consultabile alla pagina web www.oregon.gov.

accertare che il soggetto abbia maturato autonomamente e senza costrizione alcuna⁸⁰ il proposito suicidario. Tale per cui, il paziente intenzionato ad accedere alla morte assistita è tenuto a rivolgersi al proprio medico, in un periodo di quindici giorni, due richieste orali e a una richiesta in forma scritta⁸¹. Quest'ultima deve essere sottoscritta e datata alla presenza di almeno due testimoni⁸², i quali devono attestare la capacità di intendere e di volere del paziente, la sua libera volontà e l'assenza di forme di coercizione destinate ad incidere sulla sua decisione⁸³.

Il medico che ha in cura il malato terminale, il c.d. *attending physician*⁸⁴, una volta ricevuta la richiesta, è tenuto ad accertare che ricorrano i presupposti soggettivi prima menzionati; spetta, dunque, al sanitario verificare se il soggetto richiedente sia un malato terminale con prognosi infausta non superiore a sei mesi, che sia in grado di prendere autonomamente decisioni che riguardano il suo stato di salute, e che tale decisione sia stata assunta liberamente e volontariamente. Dovrà poi informare il paziente della diagnosi e prognosi, delle conseguenze di tale decisione e indicare eventuali vie alternative al suicidio assistito come, ad esempio, l'eventualità di sottoporsi a cure palliative.

La diagnosi e la prognosi, così individuate, e la capacità di autodeterminarsi del paziente dovranno essere poi confermate da un c.d. *consulting physician*⁸⁵. Laddove uno dei due medici ritenga che la decisione del paziente sia influenzata da un disordine di tipo psicologico o psichiatrico, verrà attivata una sub-procedura, dovendosi procedere a un accertamento in tal senso ad opera di uno specialista. Fintato che tale *psychological examination* non sarà conclusa, al paziente sarà precluso l'accesso al suicidio medicalmente assistito, non potendo i medici essere certi che la manifestazione di volontà precedentemente espressa non sia da

⁸⁰ COHEN-ALMAGOR R., HARTMAN G., *The Oregon Death with Dignity Act: Review and Proposals for Improvement*, in *J Legis*, 2001, vol. 27, 269 ss.

⁸¹ Cfr., 127.840 §3.06. *Written and oral requests, of the Oregon's Death with Dignity Act*, in www.oregon.gov.

⁸² Ai fini della trasparenza e correttezza nella procedura è necessario che uno dei due testimoni non sia uno dei seguenti soggetti indicati: « (a) a relative of the patient by blood, marriage or adoption; (b) a person who at the time the request is signed would be entitled to any portion of the estate of the qualified patient upon death under any will or by operation of law; or (c) an owner, operator or employee of a health care facility where the qualified patient is receiving medical treatment or is a resident», cfr., v., punto 2, 127.810 §2.02. *Form of the written request, of the Oregon's Death with Dignity Act*, in www.oregon.gov.

⁸³ Cfr., punto 2, 127.810 §2.02. *Form of the written request, of the Oregon's Death with Dignity Act*, in www.oregon.gov.

⁸⁴ Cfr., Section 1, 127.800 §1.01. *Definitions, of the Oregon's Death with Dignity Act*, cit., al punto 2 definisce l'*attending physician* come «*physician who has primary responsibility for the care of the patient and treatment of the patient's terminal disease*».

⁸⁵ Cfr., Section 1, 127.800 §1.01. *Definitions, of the Oregon's Death with Dignity Act*, cit., al punto 4 definisce il *consulting physician* come «*physician who is qualified by specialty or experience to make a professional diagnosis and prognosis regarding the patient's disease*».

considerare inficiata per la presenza di un disturbo idoneo ad alternarne la capacità di giudizio⁸⁶.

I medici devono chiedere al paziente se intende rendere edotti membri della sua famiglia di tale sua decisione. In caso di risposta negativa, tale rifiuto deve essere rispettato. I medici sono investiti poi del compito di informare la *State Health Division* circa il numero di suicidi assistiti che hanno autorizzato e per i quali andranno esenti da qualsiasi tipo di responsabilità sia essa penale che civile.

Sui timori che una legalizzazione dell'assistenza medica al suicidio aprisse al pericolo dei c.d. passi successivi, di una *slippery slope*, a danno di soggetti più vulnerabili, diversi sono stati gli studi e sondaggi che nel tempo sono stati condotti, tra i quali sono ricompresi i report autorizzati dall'*Oregon Department of Human Service* annualmente dopo l'entrata in vigore della legge. Ciò consente un monitoraggio costante sull'esperienza dell'anno precedente e più in generale sui risultati della legalizzazione della morte assistita. Dalla lettura dei report in questione si è riscontrato come il numero di cittadini dello stato dell'Oregon che hanno presentato richiesta di accedere al suicidio medicalmente assistito e che hanno poi effettivamente assunto il farmaco letale sia da considerarsi, tutto sommato, ridotto rispetto all'ammontare dei decessi totali registratesi negli stessi anni in Oregon⁸⁷. Ciò troverebbe riscontro⁸⁸ in uno studio condotto, a distanza di due anni dall'entrata in vigore della legge, i cui risultati hanno accertato come non ci siano prove effettive e di significativa rilevanza che permettano di sostenere l'esistenza di abusi e di strumentalizzazione di tali pratiche, in luogo ad esempio delle cure palliative, per soggetti più deboli e vulnerabili. Anzi, risulta evidente dall'indagine condotta come in alcuni casi le terapie palliative, che il medico è tenuto a suggerire per consentire al paziente di assumere una decisione che sia realmente informata, siano state utili per consentire al malato di ponderare maggiormente la propria decisione a tal punto da, in certi casi, finire per rifiutare la morte medicalmente assistita.

Ciò nonostante, la disciplina normativa dello stato dell'Oregon non è andata esente da critiche. Si è discusso se requisiti così come individuati possano essere idonei ad evitare derive pericolose e a contenere il rischio di manipolazioni e abusi della disciplina sul suicidio medicalmente assistito. In particolare, ha attirato

⁸⁶ Cfr., 127.825 §3.03. *Counseling referral*, the *Oregon's Death with Dignity Act*, cit.

⁸⁷ Ad esempio i vari report attestano come nel 1998 il totale dei soggetti che sono morti dopo aver ingerito un farmaco letale prescrittogli all'esito della procedura di cui all'*Oregon Death with Dignity act* rappresentavano il 6 su 10.000 delle morti totali registratesi in Oregon; nel 199 e 200 il numero era costante sui 9 su 10.000; nel 2001 il 7 su 10.000 delle morti; più recentemente nel 2022, nel 24esimo anno dall'entrata in vigore della legge i suicidi medicalmente assistiti sono stati lo 0,6% del totale delle morti in Oregon; tutti i report sono consultabili in www.oregon.gov.

⁸⁸ Di questo da proprio atto il report del terzo anno dalla legalizzazione del suicidio medicalmente assistito, Department of Human Services Oregon Health Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, *Oregon's Death with Dignity Act: three years of legalized physician-assisted suicide*, 2001, 12, in cui si afferma che i risultati di questo report trovano conferma nel sondaggio condotto tra i medici dell'Oregon.

un'attenzione particolare uno dei requisiti previsti dall'*Oregon's Death with Dignity Act*, ossia la c.d. *residency requirement*. Solo le persone residenti nello Stato medesimo sono legittimate, al ricorrere degli altri requisiti previsti dalla legge, a presentare la richiesta e, eventualmente, ad accedere alla procedura che conduce a un suicidio medicalmente assistito. Sul requisito della residenza, il legislatore non ha ritenuto di dover indicare un lasso tempo minimo affinché tale requisito possa dirsi integrato: i pazienti hanno l'onere di provare di essere al momento della presentazione della richiesta cittadini dello stato dell'Oregon, onere che viene tendenzialmente assolto mostrando un documento di identità rilasciato dallo Stato o un documento attestante la qualità di locatario o proprietario di un immobile sito nel territorio dello Stato.

Le discussioni su tale tema sembrano polarizzarsi: da un lato, vi è chi ritiene che una siffatta disciplina nell'individuare tale requisito di accesso sia fortemente discriminatoria; altri, invece, sostengono che eliminare tale presupposto di accesso al suicidio medicalmente assistito possa degenerare sfociando in un fenomeno patologico definito come turismo della morte⁸⁹.

La potenziale tendenza discriminatoria insista nella c.d. *residency rule* è stata oggetto di una recente controversia federale, *Gideonse v. Brown*, dinnanzi alla *U.S. District Court* in Portland avente ad oggetto il presunto contrasto dell'*Oregon Death with Dignity Act* con principi costituzionalmente rilevanti nella parte in cui subordina l'accesso alla morte assistita alla prova certa della residenza del richiedente nello Stato. Nel caso di specie, il dott. Nicholas Gideonse agì in giudizio chiedendo che venisse accertata l'incompatibilità di tale requisito con la c.d. *U.S. Constitution's commerce clause*⁹⁰ e la c.d. *Privileges and Immunities Clause*⁹¹. Il medico dello stato dell'Oregon, avendo in cura sia pazienti residenti in Oregon ma anche residenti in altri stati come Washington, contestava a legittimità del requisito di residenza, ritenendolo idoneo a impedirgli di prestare assistenza in una procedura di morte medicalmente assistita ad alcuni dei suoi pazienti affetti da malattie terminali, per il solo fatto di non essere residenti in Oregon. Nel maggio del 2022 il dottor Gideonse e lo Stato dell'Oregon veniva raggiunto un accordo in seguito al quale l'*Oregon Health Authority* (OHA), l'*Oregon Medical Board* e il procuratore distrettuale della contea di Multnomah convennero di non applicare la restrizione

⁸⁹ Come infatti sostenuto da associazioni c.d. pro-vita, tra cui, tra tutte National Right to life, senza la *residency requirement* lo stato dell'Oregon diventerà una calamita per tutti coloro che vogliono prematuramente congedarsi dalla vita e in particolar modo la portavoce di tale associazione dichiarava ai microfoni del The New York Times come una tale modifiche nel testo della legge rischiasse di trasformare l'Oregon nella meta del c.d. turismo del suicidio assistito consentendo a chiunque di recarsi in Oregon per potersi procurare la morta assistita, ANDRUSKO, *Oregon will stop enforcing a residency requirement in state's Death with Dignity Act*, in www.nrlc.org; DIAZ J., *Oregon Ends Residency Requirement for Medically Assisted Deaths*, in www.nytimes.com.

⁹⁰ Cfr., U.S. Const. art. I, par. 8.3, in www.senate.gov.

⁹¹ Cfr., U.S. Const., art. IV, par. 2, «*the Citizens of each State shall be entitled to all Privileges and Immunities of Citizens in the several State*», in www.senate.gov.

di residenza. Successivamente, venne approvato un disegno di legge⁹² con il quale fu eliminata dall'*Oregon's Death with Dignity* la previsione della residenza quale requisito necessario per accedere al suicidio medicalmente assistito.

L'Oregon è così divenuto il primo paese ad abolire il *residency requirement* come condizione essenziale per accedere alla procedura di cui all'*Oregon's Death with Dignity Act*. Si è prospettata l'eventualità che tale decisione adottata dall'Oregon potesse, come in passato⁹³, influenzare un cambiamento anche negli altri Stati che, pur avendo legalizzato il suicidio medicalmente assistito, continuano a preservare la *residency rule* quale fondamentale requisito di accesso alla morte assistita⁹⁴. Pare, infatti, che già il Vermont abbia seguito l'esempio dell'Oregon in quanto nell'agosto del 2022, pochi mesi dopo la decisione dell'Oregon di rimuovere il requisito della residenza, è stata intentata una causa federale avente sempre ad oggetto il medesimo requisito sostenendo una presunta violazione del principio costituzionale che garantisce la parità di trattamento tra i cittadini, anche se residenti in Stati diversi⁹⁵.

3.3. Considerazioni di sintesi e risultati dell'analisi comparatistica

Il raffronto tra i due ordinamenti di *common law* qui considerati – quello britannico e quello statunitense – dà evidenza di come il tema delicato del fine vita non risenta della reciproca influenza legata alla comune tradizione giuridica, continuando a rappresentare un esercizio di autonoma regolamentazione.

Ferma la condanna delle pratiche di eutanasia attiva in entrambi i paesi, negli Stati Uniti, tuttavia, diverse legislazioni statali stanno progressivamente legalizzato e legittimato pratiche di suicidio medicalmente assistito. In particolare, la disciplina normativa dell'Oregon, come appena visto primo Stato ad aver riconosciuto il diritto ad una morte assistita, è stata assunta come modello per le successive esperienze di legalizzazione. La previsione di una serie di requisiti cui subordinare l'accesso alla procedura, finalizzata ad accertare la capacità di autodeterminazione dei soggetti richiedenti il farmaco letale, è stata, dunque,

⁹² Si richiama l'*Oregon house bill 2279*, approvato nel luglio 2023, consultabile al sito www.olis.oregonlegislature.org.

⁹³ L'*Oregon's Death with Dignity Act* è infatti diventato un modello per gli altri Stati che hanno introdotto una normativa con cui si è legalizzato il c.d. *aid in dying* (aiuto nel morire) tramite un elaborata procedura che si colloca nel rapporto tra medico e paziente, così come evidenziato da LEPPERT K., *From Karen Ann Quinlan to Brittany Maynard: advanced health care directives and the road to aid-in-dying legislation in iowa*, in *Drake Law Rev.*, 2016, 65, 21, in cui più precisamente si afferma «*the format and structure of the law have proven to be successful in dealing with a very sensitive subject*».

⁹⁴ SCHURMAN J., *Examining the void between physician-assisted death and the right to refuse medical treatment in light of recent changes to oregon's death with dignity act*, in *Light of Changes to Oregon's Death with Dignity Act*, in *Hous. J. Health L. & Pol'y*, 2024, vol. 23.2, 79 ss.

⁹⁵ GUESSFERD C., *Lawsuit targets Vermont's death with dignity law*, WCAX 3, in www.wcaz.co.

reputata idonea a evitare pericolose derive a danno di individui maggiormente vulnerabili.

In Inghilterra, le pratiche di assistenza compassionevole all'altrui suicidio sono invece ancora attratte nell'area del penalmente rilevante e dunque punite ai sensi della *Section 2* del *Suicide Act*. Il principio di opportunità dell'azione penale che contraddistingue il sistema processuale inglese ha consentito – si è prima evidenziato – al *Director of Public Prosecutions* di adottare una *policy*⁹⁶ che orienta le decisioni nei casi di suicidio assistito. La preliminare verifica di elementi cui subordinare la *prosecution* del reo a un interesse pubblico favorisce una potenziale depenalizzazione in concreto di tali fatti di reato: forme di assistenza nel morire per i quali non vi è un *public interest* alla *prosecution*, seppur in astratto punibili ai sensi del *Suicide Act*, rimangono, infatti, privi di qualsiasi sanzione.

Se sul tema del suicidio assistito i due Paesi adottano approcci differenti, il diritto di rifiutare trattamenti salvavita, quale corollario del principio del consenso informato⁹⁷, è invece riconosciuto in entrambi. Diverse, tuttavia, sono le modalità⁹⁸ con cui gli ordinamenti in questione consentono l'esercizio di tale diritto in pazienti incapaci di autodeterminarsi.

Si distingue tra la teoria inglese del *best interest*, secondo cui il rappresentante agisce perseguendo il miglior interesse per il malato, e il parametro del *substituted judgement*, consolidato nella giurisprudenza statunitense.

Nel decidere sulla sospensione delle cure in pazienti incapaci, le Corti inglesi ricorrono a un criterio tendenzialmente oggettivo. Pertanto, ai fini di qualsiasi decisione, è indispensabile procedere a un bilanciamento tra «i sacrifici imposti dai trattamenti e [...] i benefici auspicabili e prevedibili per la salute del paziente»⁹⁹. Laddove tale valutazione dimostri che l'interruzione delle cure corrisponda alla soluzione migliore perché conforme all'interesse del malato, le decisioni del personale sanitario e dei giudici dovranno a ciò conformarsi, anche nell'eventualità in cui ne dovesse derivare la morte¹⁰⁰.

⁹⁶ Si fa riferimento alla *Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide*, adottata nel 2010 a seguito del caso Purdy.

⁹⁷ Il principio del consenso informato presuppone la preliminare acquisizione del consenso del paziente prima di sottoporlo a qualsiasi trattamento terapeutico. Il consenso è tuttavia revocabile in qualsiasi momento e dunque nei casi in cui il soggetto manifesti un rifiuto alla prosecuzione delle cure, cui era già sottoposto, il personale medico è tenuto a procedere all'interruzione dei trattamenti, anche laddove salvavita.

⁹⁸ La paternità di tale distinzione viene attribuita a GRIFFITHS AP., *How can one person represent another*, in *Proceedings of Aristotelian Society*, 1960, 187 ss.

⁹⁹ PARUZZO F., *Eutanasia diretta, desistenza terapeutica e best interest of the patient alla luce della giurisprudenza e della legislazione inglese*, in *Rivista AIC*, 2017, 3, 11.

¹⁰⁰ Il criterio del *best interest* fu applicato per la prima volta nel caso Tony Bland che rappresenta il primo riconoscimento a livello giurisprudenza del diritto a lasciarsi morire, anche in pazienti non più in grado di autodeterminarsi e che non abbia predisposto delle dichiarazioni anticipate in relazioni ai trattamenti sanitari cui essere sottoposto. L'*House of Lords* inglese riconosceva come miglior interesse per il ragazzo fosse l'interruzione dei trattamenti che lo tenevano in vita artificialmente, sul punto si richiama la decisione *Airedale NHS Trust v. Bland* 1993 AC 789.

La garanzia del *best interest* come limite all'accanimento terapeutico ha trovato un riconoscimento anche a livello normativo. Il *Mental Capacity Act*, oltre a prevedere la possibilità di predisporre anticipatamente le proprie volontà relative a trattamenti sanitari e prevedere la figura del rappresentante chiamato ad agire per conto dell'incapace, ha cristallizzato tra i suoi principi fondamentali quello del *best interest*, riconoscendo che «*an act done or decision made, under this Act for or on behalf of a person who lacks capacity must be done, or made, in his best interests*»¹⁰¹.

Diversamente, nella tradizione giuridica americana, nei casi in cui il paziente incapace non abbia lasciato alcuna disposizione in ordine ai trattamenti sanitari cui sottoporlo, si ricorre al criterio del *substituted judgement*. Attraverso il *substituted judgement*, i familiari o i rappresentanti legali del soggetto incapace sono incaricati di ricostruire la volontà del paziente, assicurandosi che la decisione presa rispecchi quella che il malato avrebbe adottato, qualora fosse stato in grado di esercitare la propria capacità di autodeterminazione. Questo meccanismo di giudizio sostitutivo è finalizzato a valorizzare il principio di autonomia e autodeterminazione anche del paziente incapace, conferendo rilevanza alle sue preferenze e opinioni personali in precedenza manifestate. Pertanto, il giudizio sostitutivo non si limita a una valutazione oggettiva, ma incorpora istanze soggettive¹⁰², riflettendo la personalità, le attitudini e le convinzioni del malato, garantendo così che le decisioni mediche prese siano in linea con ciò che il paziente avrebbe desiderato¹⁰³.

Tali parametri, adottati per garantire che i pazienti incapaci non siano privati del diritto di rifiutare trattamenti medici, hanno superato i confini degli ordinamenti di origine, influenzando significativamente le decisioni giudiziarie di altri paesi.

Un esempio emblematico è rappresentato – si è prima accennato – dalla Suprema Corte di Cassazione italiana, che nella storica pronuncia sul caso Englaro, ha affrontato una questione analoga¹⁰⁴. Nel decidere sulla legittimità della richiesta, proveniente dal padre, di interruzione dell'alimentazione e idratazione artificiale che tenevano in vita la figlia in stato vegetativo permanente, i giudici italiani, nell'assenza di una disciplina legislativa sul punto¹⁰⁵, oltre ai principi

¹⁰¹ Cfr. *Section 1(5) Mental Capacity Act*, consultabile in www.legislation.gov.uk.

¹⁰² MALDONATO L., *L'interruzione di un trattamento salvavita in assenza di DAT: quali spazi per il consenso presunto?*, in *Giur. pen. web*, 2019.

¹⁰³ Anche se, ad esempio, TORKE A.M., ALEXANDER G.C., LANTOS J., *Substituted judgment: the limitations of autonomy in surrogate decision making*, in *J Gen Intern Med*, 2008, 23(9), 1514 ss, sostiene come al criterio del *substituted judgment* si affianchi una contestuale compressione del principio di autonomia.

¹⁰⁴ La pronuncia della Suprema Corte sul caso Englaro rappresenta un esempio di uso giurisprudenziale della comparazione, a conferma della partecipazione dei giudici italiani al «dialogo globale» così come evidenziato da VARANO V., BARSOTTI V., *La tradizione giuridica occidentale. Testo e materiali per un confronto civil law common law*, Torino, 2021, 19 ss.

¹⁰⁵ Si rammenta che la prima legge che ha affrontato questioni inerenti al fine vita è stata adottata dal legislatore italiano nel 2017.

costituzionali, hanno attinto alla giurisprudenza sovranazionale, compresa quella delle corti statunitensi e inglesi.

Il principio di diritto formulato dalla Corte richiama, infatti, entrambi i parametri: nel prendere decisioni nell'interesse dell'incapace, il rappresentante non è titolare di un potere incondizionato e illimitato ma è tenuto a perseguire il c.d. *best interest* del malato. Miglior interesse che, a differenza di quanto appreso dall'esperienza britannica, non va ricercato ricorrendo esclusivamente a criteri oggettivi. Al contrario, la ricerca del *best interest* deve tenere conto della personalità, delle opinioni e delle esperienze pregresse dell'incapace¹⁰⁶. In tal senso, il processo decisionale delineato dalla Suprema Corte sembra presupporre un giudizio sostitutivo, di indubbia ispirazione statunitense, al fine di pervenire a una decisione che sia in linea con i valori e con l'idea di dignità che il paziente, prima di perdere completamente la capacità di autodeterminazione, aveva manifestato e a cui aveva conformato la propria esistenza. Il richiamo, dunque, alla teoria del *substituted judgment* si pone come uno strumento essenziale per garantire una corrispondenza tra la decisione del rappresentante e la decisione che il malato avrebbe adottato se capace¹⁰⁷.

4. CONCLUSIONI

L'indagine condotta sulle scelte di disciplina operate nell'ordinamento interno e nei sistemi di *common law* presi in esame nonché l'analisi delle pronunce giurisprudenziali, in considerazione del dibattito etico che circonda il fine vita, restituiscono la complessità e la delicatezza che accompagnano la prospettazione di un diritto di morire, al quale si intreccia l'inevitabile bilanciamento con altrettanti diritti fondamentali, quali il diritto alla vita e il diritto all'autodeterminazione individuale.

È innegabile come lo sviluppo della scienza medica, ormai in grado di prolungare l'esistenza di soggetti, affetti da malattie degenerative e incurabili, anche se incapaci di svolgere le più semplici azioni quotidiane e per i quali la morte rappresenterebbe l'unica degna via di fuga dalle sofferenze, ha contribuito ad accrescere un interesse verso l'elaborazione di un'esauritiva regolamentazione del tema.

Nell'ordinamento italiano, nonostante i significativi avanzamenti giurisprudenziali e l'intervento normativo rappresentato dalla legge n. 219/2017, il dibattito pubblico è ancora aperto e non si riscontra un univoco riconoscimento del diritto di morire, né tantomeno del diritto al suicidio assistito.

¹⁰⁶ Cfr. Cass. civ., 16 ottobre 2007, n. 21748, *cit.*, al § 7.3 della pronuncia si afferma che «nella ricerca del *best interest*, [si] deve decidere non “*al posto*” dell'incapace né “*per*” l'incapace, ma “*con*” l'incapace».

¹⁰⁷ GENNARI G., *La Suprema corte scopre il substituted judgment*, in *Resp. civ. prev.*, 2008, I, 1123.

L'intervento legislativo del 2017 ha indubbiamente rappresentato un momento rilevante nella creazione di una disciplina sul fine vita, se si considera che prima di allora non esisteva nel nostro sistema giuridico alcun riferimento normativo che disciplinasse il rapporto tra medico e paziente e affrontasse la questione del consenso informato. Al legislatore del 2017 va attribuito, dunque, il merito di aver consacrato su un piano normativo lo sforzo ermeneutico compiuto dai giudici italiani a partire dai casi Welby ed Englaro nel riconoscere, in forza dei principi costituzionali, il diritto del paziente a revocare il proprio consenso chiedendo l'interruzione delle cure salvavita, anche laddove ciò anticipi il momento finale della propria esistenza.

Una simile disciplina, pur favorendo un temperamento del principio dell'indisponibilità della vita, non ha però determinato alcuna apertura verso forme di eutanasia attiva volontaria, o più generalmente verso il riconoscimento di un diritto di morire. L'ordinamento italiano ne assicura una protezione che prescinde integralmente dalla volontà dell'interessato di porre termine alla propria esistenza, sia nel caso in cui l'evento letale derivi dall'intervento di un terzo, ancorché con il consenso della vittima, sia nell'ipotesi in cui l'atto autodeterminato venga compiuto con il supporto esterno di altri soggetti. Sul versante penalistico, tale impostazione si traduce in una regolamentazione fondata sulle fattispecie criminose previste dagli articoli 579 e 580 del codice penale.

Come già evidenziato, tale ultima fattispecie è stata oggetto di recente scrutinio di legittimità della Corte costituzionale, che, nell'ambito del caso Cappato, ne ha dichiarato l'incostituzionalità nella misura in cui sanziona penalmente la condotta di chi agevola l'esecuzione del proposito suicidario, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente (i) tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e (ii) affetto da una patologia irreversibile, (iii) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che egli reputa intollerabili ma (iv) pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli. Viene, dunque, individuata un'area di non punibilità del suicidio assistito al ricorrere puntuale delle quattro condizioni sopra menzionate. Sebbene la Corte costituzionale, in un recente intervento, abbia confermato la validità dei quattro presupposti già individuati per l'accesso al suicidio medicalmente assistito, e, al contempo, abbia fornito una definizione più puntuale del concetto di trattamento di sostegno vitale – con ciò determinando, in concreto, un ampliamento della platea dei soggetti legittimati a presentare richiesta di morte medicalmente assistita – permane l'assenza di una disciplina legislativa organica in materia.

Il ricorso alla Corte europea dei diritti dell'uomo per la tutela giuridica di tali posizioni e per il riconoscimento del diritto di morire non appare, inoltre, una via percorribile. L'assenza di un *idem sentire* in Europa sul tema del fine vita e il costante ricorrere alla dottrina dal margine di apprezzamento su questioni eticamente sensibili non consentirebbe alla Corte Edu di assumere una posizione dirimpante sul tema, rendendo così complesso il riconoscimento del diritto di

morire su un piano sovranazionale. L'atteggiamento tollerante verso, infatti, qualsiasi posizione assunta dagli Stati sul fine vita e più nello specifico sulle pratiche di suicidio assistito, proprio in ragione di quello spazio di manovra riservato ai singoli ordinamenti, ostacola una maggior incisività della Corte circa le c.d. *end-of-life decisions*, impedendo una forma di tutela uniformemente considerata sul territorio europeo.

L'assenza di un *idem sentire* in Europa sul tema del fine vita, cui prima si accennava, rende interessante, dopo aver delineato la prospettiva italiana sul punto, indagare se, come e a quali condizioni un presunto diritto a morire venga disciplinato altrove; l'indagine si è soffermata, in particolare, sui principali ordinamenti di *common law*.

Anzitutto, come evidenziato, la comparazione con il sistema inglese ha messo in luce alcune analogie con il nostro ordinamento. Come accade in Italia, pur in assenza di una disciplina *ad hoc*, la giurisprudenza delle corti inglesi si è fatta carico del delicato bilanciamento tra il principio di indisponibilità della vita umana e il principio di *self determination*, riconoscendo il diritto di rifiutare trattamenti sanitari anche laddove indispensabili alla sopravvivenza e anche in pazienti incapaci di determinarsi, perché relegati a uno *status vegetativo*, ricorrendo al parametro del c.d. *best interest* del paziente. Ciò nonostante, la legge inglese continua a punire penalmente qualsiasi forma di aggressione alla vita altrui, anche in presenza di un valido consenso della vittima, impedendo dunque l'affermarsi di un diritto di morire e più nello specifico di un diritto all'assistenza nel suicidio.

È tuttavia rilevante notare come sulla scorta del principio di discrezionalità dell'azione penale che governa l'agire dei pubblici ministeri inglesi, tenuti alla *prosecution* solo unicamente in presenza di un *public interest* in tal senso, siano vigenti linee-guida (c.d. *Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide*) applicabili unicamente in casi di aiuto al suicidio. Il *Director of public prosecutors*, guardando alle circostanze del caso concreto, in assenza di elementi che denotino la presenza di un *public interest* alla *prosecution*, così come enucleati nelle summenzionate linee guida, potrà astenersi dall'esercizio dell'azione penale favorendo una sorta di area di non punibilità in taluni casi di suicidio assistito.

Un'area di non punibilità che, seppur con le dovute differenze relative ai diversi sistemi processuali, esiste anche nel nostro ordinamento, a seguito della sentenza n. 242 del 2019 della Consulta. In entrambi i casi in discorso, pur riconoscendosi rilevanza penale alle condotte di aiuto al suicidio e in assenza di qualsiasi intervento da parte del legislatore in merito, si delinea un ambito sottratto all'intervento punitivo: nell'ordinamento inglese attraverso la rinuncia all'azione penale da parte dei *public prosecutors* in presenza di specifici fattori così come individuati dalla *Policy* summenzionata e ove riscontrati nel caso concreto; nel sistema italiano per effetto dell'avvenuta costruzione ad opera della Consulta di una causa di giustificazione.

Diversamente, negli Stati Uniti d'America, sebbene non vi sia una posizione uniforme e unanimemente condivisa tra i vari stati federali riguardo al fine vita, si può osservare una crescente tendenza verso la legalizzazione del suicidio assistito. Attualmente, cinque Stati hanno adottato una propria legislazione volta a consentire tale pratica, traendo ispirazione dal modello normativo dell'*Oregon Death with Dignity Act*.

Lo Stato dell'Oregon per la prima volta ha, infatti, consentito a pazienti malati terminali con un'aspettativa di vita non superiore ai sei mesi, se maggiorenni e capaci di intendere e di volere¹⁰⁸, di potersi rivolgere a un medico al fine di farsi prescrivere un farmaco letale, riservando alla personale e libera scelta di ciascuno se ingerirlo meno. La procedura di accesso alla morte assistita, così come delineata nell'atto normativo, si compone di una serie di passaggi – tra cui il consulto obbligatorio di uno specialista laddove vi sia il timore che la decisione del paziente sia influenzata da un disordine di tipo psicologico o psichiatrico – finalizzati ad accertare la capacità di autodeterminazione del richiedente.

Tale processo di legalizzazione del suicidio medicalmente assistito è stato accompagnato da un dibattito acceso, incentrato sul timore della cosiddetta *slippery slope*, ossia la preoccupazione che tale normativa potesse innescare un significativo incremento dei casi di suicidio assistito, alimentato da un aumento delle richieste di morte assistita. Tuttavia, una analisi attenta dei dati contenuti nei report annuali, collezionati a partire dall'anno successivo l'entrata in vigore di tale legge, non ha rilevato alcun incremento preoccupante nei casi di suicidio assistito. Questa evidenza empirica ha contribuito a dimostrare l'infondatezza dei timori iniziali legati all'adozione di una simile normativa. Più precisamente, la percentuale dei casi di morte assistita sembrerebbe da considerarsi ridotta rispetto all'ammontare dei decessi totali registratisi negli stessi anni in Oregon; ad esempio, durante il 2023, i suicidi medicalmente assistiti sono stati lo 0,8% del totale delle morti in Oregon¹⁰⁹, rispetto allo 0,6% dei decessi stimati nel 2022.

L'esperienza dell'Oregon potrebbe confermare quanto evidenziato in precedenza circa l'importanza di una attenta e precisa regolamentazione delle questioni del fine vita attraverso un mirato intervento legislativo. La normativa attualmente vigente in Oregon dimostrerebbe come solo un'azione normativa che preveda una procedura idonea a prevenire decisioni viziate da coercizioni possa effettivamente garantire ai pazienti un congedo dignitoso, nel rispetto del diritto di morire, proteggendo contestualmente i soggetti più vulnerabili da potenziali abusi e strumentalizzazioni.

¹⁰⁸ Si ricorda che fino al 2023 l'accesso alla morte assistita ai sensi dell'*Oregon Death with Dignity Act* era subordinata al ricorrere di una quarta e ulteriore condizione, ossia il c.d. *residency requirement*, rimossa, perchè reputata fonte di ingiustificate disparità di trattamento tra cittadini americani seppur residenti in Stati diversi, ad opera dell'*House Bill* n. 2279.

¹⁰⁹ I report sui casi di suicidio medicalmente assistito in Oregon sono consultabili al sito www.oregon.gov.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRUSKO, *Oregon will stop enforcing a residency requirement in state's Death with Dignity Act*, in www.nrlc.org.
- ANTOLISEI F., *Manuale di diritto penale, Parte speciale*, Milano, 2022.
- BERNARDONI P., *Ancora sul caso Cappato: qualche considerazione sulla "non punibilità" dell'aiuto al suicidio introdotta dalla Corte costituzionale*, in *Sist. pen.*, 2020.
- BERTOLINO M., voce *Suicidio (istigazione o aiuto al)*, in *Dig. disc. pen.*, 1999, pp. 113-123.
- CASONATO C., *Morte dignitosa e sospensione delle cure: ordinamenti giuridici a confronto*, 46 ss, in www.provincia.bx.it.
- COHEN-ALMAGOR R., HARTMAN G., *The Oregon Death with Dignity Act: Review and Proposals for Improvement*, in *J. Legis.*, 2001, vol. 27, pp. 269-298.
- CUPELLI C., *La disattivazione di un sostegno artificiale tra agire ed omettere*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2009, 3, pp. 1145-1179.
- DIAZ J., *Oregon Ends Residency Requirement for Medically Assisted Deaths*, in www.nytimes.com.
- DOLCINI E., GATTA G.L., *Codice penale commentato*, 5^a ed., Assago, 2021.
- DONINI M., *Il caso Welby e le tentazioni pericolose di uno "spazio libero dal diritto"*, in *Cass. pen.*, 2007, 3, pp. 902-918.
- DONINI M., *La necessità di diritti infelici. Il diritto di morire come limite all'intervento penale*, in *Riv. it. med. leg.*, 2016, 2, pp. 547-572.
- DONINI M., *Il caso Fabo/Cappato fra diritto di non curarsi, diritto a trattamenti terminali e diritto di morire. L'opzione non penalistica della Corte costituzionale di fronte a una trilogia inevitabile*, in *Giur. cost.*, 2019, 6, pp. 2855-2870.
- DUBOLINO P., *Commento al Codice penale*, Piacenza, 2006;
- FAKONTI C., *Motivated by Compassion: Reviewing the Proposed Public Interest Guidance for Prosecuting Mercy Killing*, in *J. Crim. Law*, 2023, pp. 91-104.
- FIANDACA G., MUSCO E., *Diritto penale, Parte generale*, Bologna, 2010.
- FIANDACA G., MUSCO E., *Diritto penale, Parte speciale*, Bologna.
- GAROFOLI R., *Manuale di diritto penale, Parte speciale*, Roma, 2011.
- GENNARI G., *La Suprema corte scopre il substituted judgement*, in *Resp. civ. prev.*, 2008, I, pp. 1119 ss.
- GIUGNI I., ISTIGAZIONE O AIUTO AL SUICIDIO, IN LATTANZI G., LUPO E. (a cura di), *Delitti contro la persona*, in *Codice penale, Rassegna di giurisprudenza e dottrina*, Vol. V, libro II, Milano, 2022. GIUNTA F., *Diritto di morire e diritto penale, i termini di una relazione problematica*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1997, 1, pp. 74-125.
- GRIFFITHS AP., *How can one person represent another*, in *Proceedings of Aristotelian Society*, 1960, pp. 187-224.
- GUESSFERD C., *Lawsuit targets Vermont's death with dignity law*, in www.wcaz.co.

- KAY R., *Causing death for compassionate reasons in American law*, in GROENHUIJSEN M., LAANEN F. (a cura di), *Euthanasia in International and Comparative Perspective*, Nijmegen, 2006.
- LEPPERT K., *From Karen Ann Quinlan to Brittany Maynard: advanced health care directives and the road to aid-in-dying legislation in Iowa*, in *Drake Law Rev.*, 2016, pp. 1-27.
- MALDONATO L., *L'interruzione di un trattamento salvavita in assenza di DAT: quali spazi per il consenso presunto?*, in *Giur. pen. web*, 2019.
- MANNA A., *Reati contro la persona*, Torino, 2007.
- MANZINI V., *Istituzioni di diritto penale italiano*, Padova, 1930.
- MARANI S., *I delitti contro la persona*, Padova, 2007.
- MARINUCCI G., DOLCINI E., GATTA G.L., *Diritto penale, Parte generale*, Milano, 2022.
- MANTOVANI F., *Diritto penale, Parte speciale. Delitti contro la persona*, Milano, 2022.
- MANTOVANI F., voce *Eutanasia*, in *Dig. Disc. Pen.*, vol. V, Torino, 1990, pp. 423 ss.
- MANTOVANI F., *Riflessioni sulla vicenda di Eluana Englaro*, in *Criminalia*, 2009, pp. 333-349.
- MASSARO A., *L'omicidio del consenziente e l'istigazione o aiuto al suicidio. La rilevanza penale delle pratiche di fine vita*, in *Giur. pen. web*, 2018.
- NAPPI A., *Suicidio medicalmente assistito e omicidio del consenziente pietatis causa: problematiche ipotesi di tipicità penale*, in *Leg. pen.*, 2019, pp. 1-44.
- PALAZZO F., voce *Persona (delitti contro la)*, in *Enc. dir.*, XXXIII, Milano, 1983, 298.
- PALOMBI E., voce *Istigazione o aiuto al suicidio*, in *Enc. dir.*, XXII, Milano, 1972, 1020.
- PARUZZO F., *Eutanasia diretta, desistenza terapeutica e best interest of the patient alla luce della giurisprudenza e della legislazione inglese*, in *Rivista AIC*, 2017.
- PATALANO V., *I delitti contro la vita*, Padova, 1984.
- PATALANO V., voce *Omicidio*, in *Enc. dir.*, XXIX, Milano, 1979, 968.
- RAMACCI F., *I delitti di omicidio*, Torino, 2008.
- ROCCO A., *Lavori preparatori del Codice penale e del codice di procedura*, Vol. V, parte III, Roma, 1929.
- RONCO M., voce *Eutanasia*, in *Dig. Disc. Pen.*, vol. V, Torino, 2010, 226.
- SCHURMAN J., *Examining the void between physician-assisted death and the right to refuse medical treatment in light of recent changes to Oregon's Death with Dignity Act*, in *Hous. J. Health L. & Pol'y*, 2024, vol. 23.2, 79.
- SEMINARA S., *Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1995, pp. 670-728.
- SEMINARA S., *Le sentenze sul caso Englaro e sul caso Welby*, in *Dir. pen. proc.*, 2007, 12, pp. 1561-1567.
- STELLA F., *Il problema giuridico dell'eutanasia: l'interruzione e l'abbandono delle cure mediche*, in *Riv. it. med. leg.*, 1984, 4, pp. 1007- 1026.
- STELLIN M., *La prosecution del mercy killing e del suicidio assistito nel sistema inglese: una questione di public interest?*, in *Giur. pen. web*, 2019, 1bis.

TAVERRITTI S.B., *Norme esimenti e aiuto al suicidio: dalle rime liberate alla metrica della dommatica*, in *Leg. pen.*, 2021, 1.

TORKE A.M., ALEXANDER G.C., LANTOS J., *Substituted judgment: the limitations of autonomy in surrogate decision making*, in *J. Gen. Intern. Med.*, 2008, vol. 23.9, 1514.

VARANO V., BARSOTTI V., *La tradizione giuridica occidentale. Testo e materiali per un confronto civil law-common law*, Torino, 2021.

VIGANÒ F., *Decisioni mediche di fine vita e “attivismo giudiziale”*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2008, 4, pp. 1594-1614.

VIGANÒ F., *L'interruzione dell'alimentazione e dell'idratazione artificiali nei confronti di pazienti in stato vegetativo permanente: la prospettiva penalistica*, in www.forumcostituzionale.it.

INDICE DELLA GIURISPRUDENZA

- Cass. pen., Sez. I, 13 novembre 1970, n. 1155, Pasquini, in *Cass. pen.*, 1972.
Cass. pen., Sez. I, 27 giugno 1991, n. 8128, Vornetti, in *Giust. pen.*, 1992, II, 4.
Cass. pen., Sez. I, 6 febbraio 1998, n. 3147, in *Foro it.*, 1998, vol. 121, 7-8.
Ass. Milano, 24 febbraio 2002, in *Foro it.*, 2002, II, 2.
Cass. civ., Sez. I, 20 aprile 2005, n. 8291, in *Onelegale.it*
Trib. Roma, 23 luglio 2007, n. 2049, in *Biodiritto.org*.
Cass. civ., Sez. I, 16 ottobre 2007, n. 21748, in *Onelegale.it*.
Corte cost., 16 novembre 2019, n. 207, in *Cortecosistenzionale.it*.
Corte cost., 22 novembre 2019, n. 242, in *Cortecosistenzionale.it*.
Corte cost., 15 febbraio 2022, n. 50, in *Cortecosistenzionale.it*.
G.i.p. Trib. Firenze, ord. 17 gennaio 2024, in *Sist. pen.*, 2024.
Corte cost., 18 luglio 2024, n. 135, in *Cortecosistenzionale.it*.