

Suicidio Assistito e Omicidio del Consenziente

SSPL – Il anno
Modulo di Diritto Penale

Prof.ssa Avv. Anna Pizzimenti

Art. 579 c.p. Omicidio del consenziente

Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni.

Non si applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61.



Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso:

1. contro una persona minore degli anni diciotto;
2. contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti;
3. contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno.

Art. 580 c.p. Istigazione o aiuto al suicidio

Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre se dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima.



Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente.

Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere e di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio.

Intervento Corte Costituzionale

La Corte Costituzionale, con sentenza 25 settembre - 22 novembre 2019, n. 242, ha dichiarato la parziale illegittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) - ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi di cui in motivazione -, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente".

Intervento Corte Costituzionale

La Corte Costituzionale, con sentenza 25 settembre - 22 novembre 2019, n. 242, ha dichiarato «l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p.»

Per effetto della predetta sentenza, la punibilità è esclusa per chi:

- **agevola** l'esecuzione del proposito di suicidio,
- **di una persona tenuta in vita** da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili.

A condizione che

1. L'agevolazione si realizzi con le **modalità** previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219;
2. ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con **modalità equivalenti**;
3. tale proposito si sia **autonomamente e liberamente** formato;
4. tale persona sia pienamente capace di **prendere decisioni libere e consapevoli**,
5. Sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state **verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale**,
6. **previo parere del comitato etico** territorialmente competente.

Elementi comuni alle due fattispecie

La manualistica tradizionale presenta le due fattispecie come forme attenuate di omicidio, come figure particolari di omicidio doloso.

Le fattispecie, nelle loro componenti oggettive e soggettive, al netto degli elementi del consenso della vittima alla propria uccisione e della nascita del proposito suicida, come conseguenza causale e diretta dell'apporto concorsuale del terzo, rimangono per il legislatore del 1930, condotte di omicidio.

Le differenze

Sono i Giudici di legittimità ad individuare nel “dominio sul fatto”:

1. se attribuito al soggetto terzo: art.579 c.p.
2. se attribuito all'aspirante suicida: art.580 c.p.



Il dominio atterrebbe non solo al piano materiale, ma anche a quello psichico.

DOTTRINA: dubita che questa indicazione possa trapelare dal dettato normativo, soprattutto con riferimento al profilo del dominio psichico. Si individuano infiltrazioni di tipo “paternalistico”.

Cassazione penale sez. I, 06/02/1998, n.3147

ISTIGAZIONE E AIUTO AL SUICIDIO

Il discrimine tra il reato di omicidio del consenziente e quello di istigazione o aiuto al suicidio va individuato nel modo in cui viene ad atteggiarsi la condotta e la volontà della vittima in rapporto alla condotta dell'agente:

si avrà omicidio del consenziente nel caso in cui chi 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.

CONSEGUENZE: laddove questo “dominio (anche) psichico” non dovesse esserci, residuerebbero spazi per un’incriminazione/condanna a titolo di omicidio consenziente? Fattispecie punita in modo più grave.

PROBLEMI: prova processuale. Come dimostrare l’esistenza/inesistenza del dominio sul fatto?

Sent. Cost. 2019/242

I punti cruciali della decisione:

1. Riconoscimento ampio e granitico del diritto alla vita, come bene da tutelare.
2. Compatibilità a Costituzione dell'art.580 c.p.
3. Dovero dello Stato di tutelare la vita e non di riconoscere il diritto dell'individuo a morire, anche con l'aiuto dello Stato o di terzi



CONSEGUENZE: garantire la tutela piena ed effettiva nei confronti dei soggetti deboli e vulnerabili, che potrebbero essere preda di facili suggestioni e “acconsentire” al proprio omicidio o essere “determinate” da terzi a suicidarsi.

Sent. Cost. 2019/242

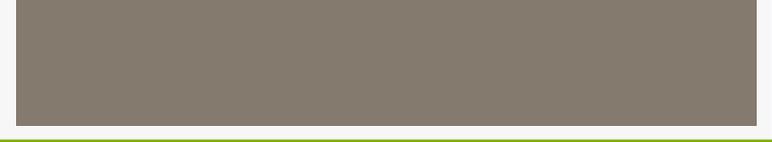
TUTTAVIA:

4. Esistono “casi particolari”, che denunciano una non conformità a costituzione della norma:
5. Solo i casi:
 - a. di persona affetta da patologia irreversibile;
 - b. tale patologia è causa di sofferenze intollerabili;

Sent. Cost. 2019/242

- c. l'intollerabilità è tale non sul piano oggettivo, ma soggettivo;
- d. La persona è tenuta in vita con mezzi di sostegno vitale
- e. Ma è capace di assumere decisioni libere e consapevoli

CONSEGUENZE: si dà ingresso al diritto dell'individuo all'autodeterminazione NON DI MORIRE, ma di SCEGLIERE di sottrarsi a cure che non lo condurrebbero a migliorare le proprie condizioni di vita o a stabilizzarle, ma verso una progressiva e ineluttabile fine.



E' in questa prospettiva che si collocano le questioni di fine vita e la loro limitazione dalla cintura protettiva del magistero punitivo dello Stato.

Sent. Cost. 2019/242

La Corte va oltre le cd. “rime obbligate”:

1. attinge alle modalità procedurali, previste dalla L.219/2017 per la manifestazione del consenso informato;
2. nella relazione “medico-paziente”;
3. richiede che tali modalità siano state verificate da una struttura del SSN;
4. richiede il parere preventivo del comitato etico territorialmente competente.

Le condizioni previste dalla L.219/2017

La Sentenza della Costituzione richiama solo gli artt. 1 e 2.

1. Art. 1, comma 2: la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico, che si basa sul consenso Informato.
2. Art. 1, comma 3: diritto di conoscenza (stato di salute) e diritto di informazione (cure)

3. Diritto al rifiuto alle informazioni; delega a terzi di ricevere le informazioni
4. Registrazione del rifiuto e della delega sulla cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.
5. Art. 1, comma 4: Modalità di acquisizione e di registrazione del consenso informato al trattamento (procedura più capillare)
6. Art. 1, comma 5: estensione della medesima procedura alle modalità di acquisizione del rifiuto al trattamento (ab initio) e della revoca al trattamento (già iniziato)

7. Trattamento sanitario: nutrizione artificiale e idratazione artificiale
8. Diritto del paziente alla rinuncia o al rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza,
9. Dalla rinuncia o dalla revoca scatta l'obbligo per il medico di prospettare
 - a) le conseguenze derivanti dall'interruzione;
 - b) alternative ed eventuali supporti psicologici
10. Art. 1, comma 6: Obbligo del medico: rispettare la decisione del paziente. Previsione di uno "scudo penale e civile" per il medico, sia in caso di osservanza della volontà del paziente, sia nel caso di rifiuto di attuare pratiche vietate dalla legge.
11. Art. 1, comma 7: intervento in caso di urgenza;
12. Art. 1, comma 8: obblighi delle strutture sanitarie

Le condizioni previste dalla L.219/2017

1. Art. 2, comma 1: obbligo del medico di adoperarsi per alleviare le sofferenze del paziente, anche in caso di rifiuto alle cure.
2. Art. 2, comma 1: ricorso alla terapia del dolore

3. Art. 2, comma 2: divieto di accanimento terapeutico
4. Art. 2, comma 2: ricorso sedazione palliativa profonda continua, in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.
5. Art. 2, comma 3: registrazione del ricorso o del rifiuto alla sedazione palliativa profonda.

RIFLESSIONI

Quale la natura giuridica della causa di non punibilità prevista dall'art. 1 comma 6?

Due sono le condotte ipotizzate:

1. Omissiva del medico, in caso di rifiuto al trattamento.
2. Commissiva del medico, in caso di rinuncia/ revoca al trattamento.

Nel caso previsto dal punto 1)

1. Limite alla posizione di garanzia del medico, nascente dal diritto del paziente al rifiuto.

Nel caso previsto dal punto 2)

2. Causa di giustificazione: dovere del medico di dar seguito alla richiesta del malato, come espressione dell'esercizio di un diritto del malato.

QUALCHE RIFLESSIONE ALLA LUCE DI RECENTE GIURISPRUDENZA

Nozione di trattamento di sostegno vitale (dal caso di Davide Trentini)

Corte Assise Massa, Sent. n.1 del 27/07/2020, dep.2/9/2020

La nozione di "trattamenti di sostegno vitale" dopo la sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale sul caso Trentini

Il requisito della dipendenza dai trattamenti di sostegno vitale – integrativo della scriminante introdotta dalla Corte Costituzionale con la sentenza n. 242 del 2019 – sussiste anche quando il malato non dipende da una macchina,



ma da trattamenti sanitari realizzati con terapie farmacologiche o con l'assistenza di personale medico o paramedico, senza i quali si innescherebbe un processo di indebolimento dell'organismo che lo condurrebbe inevitabilmente alla morte.

Non si registrano precedenti sulla medesima questione di diritto.

**Corte Assise Massa, Sent. n.1 del 27/07/2020, dep.
2/9/2020**

Definizione dei “trattamenti di sostegno vitale”

La dipendenza da “trattamenti di sostegno vitale” non significa necessariamente ed esclusivamente “dipendenza da una macchina”. Ciò che ha rilevanza sono tutti quei trattamenti sanitari – sia di tipo farmaceutico, sia di tipo assistenziale medico o paramedico, sia infine con l'utilizzo di macchinari, compresi la nutrizione e l'idratazione artificiale –

senza i quali si viene ad innescare nel malato “un processo di indebolimento delle funzioni organiche il cui esito – non necessariamente rapido – è la morte”.

Sul punto, si consiglia specificamente la lettura di
A. Massaro, La dipendenza da trattamenti di
sostegno vitale nelle procedure di suicidio
medicalmente assistito..., in Giurisprudenza penale
Web, 2020, 9

RIFLESSIONI

Il caso di Piergiorgio Welby, deciso con l'assoluzione di Mario Riccio da parte del Tribunale di Roma nel 2007, mediante ricorso alla scriminante di cui all'art. 51 c.p.

Ma, come dovrebbe, *rectius*, potrebbe essere regolato un caso simile alla luce della Sentenza Cost.249/2019?

il caso di Welby è riconducibile alla fattispecie di cui all'art. 579 c.p., per la quale “servirebbe” un intervento *ad hoc*.

E ancora: riuscirebbe a resistere, l'art. 579 c.p., alla scure della declaratoria d'incostituzionalità? **A questa domanda non possiamo rispondere con certezza in senso positivo o affermativo, ma sappiamo che la Corte Costituzionale ha dichiarato inammissibile il referendum proposto per la sua abrogazione parziale.**

La motivazione dell'inammissibilità deriva dalla considerazione che, in seguito all'abrogazione parziale dell'art. 579 c.p., secondo la formulazione referendaria, comporterebbe un *vulnus* della tutela minima costituzionalmente necessaria alla vita umana e, in modo particolare, a quella

delle persone deboli e vulnerabili.

Sul punto si consulti l'articolo di B. Pitingolo,

L e r a g i o n i d e l “ n o ” ... i n

www.iusinitinere.it/le-ragioni-del-no-della-corte-constituzionale-al-referendum-sulleutanasia-in-italia-42099

ALTRE RIFLESSIONI

Ai sensi della L.219/2017, per trattamento sanitario devono intendersi la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale.

Resta aperto un vuoto, per esempio, per i casi di ventilazione artificiale, di respirazione artificiale...come dovrebbero essere inquadrati?

Sul punto, si rinvia a A. Massaro, La dipendenza, cit. (allegato)

SEGUE

Infine, una riflessione sulla situazione in cui il paziente in stadio terminale dovesse essere

Un minore

Un incapace.

Quid iuris?

PRIME CONSIDERAZIONI

1. La Sentenza della Corte Costituzionale richiama esplicitamente solo gli artt. 1 e 2 della L.219/2017;
2. L'art. 3 riguarda il consenso dei minori e degli incapaci (in senso ampio);

3. La L. 219/2017 proceduralizza le modalità di acquisizione del consenso o del rifiuto al trattamento; che validamente possono essere espressi da chi ha rappresentanza legale;
4. Precisando che si deve avere come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita dell'interessato.

5. Pur premettendo, che tanto il minore, quanto l'incapace hanno:
6. **il diritto alla valorizzazione** delle proprie capacità di comprensione e di decisione,
7. **Il diritto di ricevere informazioni** sulle scelte relative alla propria salute, in modo consono alle proprie capacità, **per essere messa nelle condizioni di esprimere la propria volontà.**

INCOERENZE

Questa scelta è delegata, nella sua manifestazione e regolare formulazione,

- ◆ a terzi (i soggetti attraverso cui normalmente si manifesta la capacità d'agire);
- ◆ O Al Giudice tutelare, nelle ipotesi dell'ultimo comma art.3 (assenza di DAT, per gli incapaci o contrasti sul rifiuto al trattamento per i minori).

- ◆ Oltretutto, mentre il comma 1 dell'art.1 si riferisce alla persona...; il comma 5 dello stesso articolo richiama la persona capace d'agire.
- ◆ E, con riferimento all'inquadramento nell'ambito del diritto penale, i genitori rivestono rispetto al minore una posizione di garanzia, di protezione, ma anche di controllo, che stride con la possibilità che siano essi stessi a sospendere il trattamento sanitario a beneficio del minore.

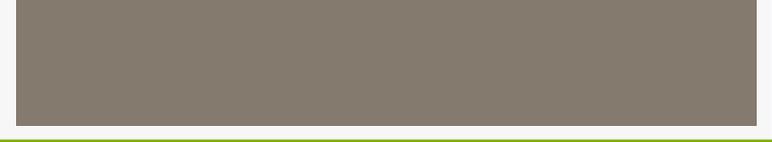
Esercitazioni

CASO 1)

Nicola è un ragazzo di 20 anni, che in seguito ad un infausto dispetto ad un vicino, riporta una ferita ad una gamba; la ferita non regredisce e incancrenisce l'arto.

Non resta che l'amputazione.

Nicola è devastato dalla minorazione fisica che porterà a vita; cade in depressione e non vede alternative alla sua esistenza che quella di morire.



Non parla con nessuno dei propri familiari della sua decisione, ma rientrato a casa chiede “aiuto” ad una vicina, affinché lo accompagni verso la morte.

La vicina, benchè contrariata e decisa ad opporre il suo rifiuto, alla fine cede e, una notte, entrata in casa di Nicola, dopo avergli fatto inalare bromuro, lo soffoca con un cuscino.

CASO 2)

Maria è una giovane donna che, dopo il parto, riporta lesioni e soffre di abbondanti e inarrestabili emorragie.

Oltre all'indebolimento fisico, i dolori sono atroci e non si prospettano miglioramenti: i medici informano lei e il marito che solo il ricorso a sedativi potrà alleviare il dolore, ma non contribuirà ad una remissione.

Maria, sfiancata dal dolore e dalla disperazione, ha un cedimento e invoca la morte, dicendo: "è meglio morire che vivere così!"

Un'infermiera sentendola pronunciare queste parole, le somministra un'abbondante dose di barbiturici, nell'erronea convinzione che Maria abbia formalizzato il rifiuto o la revoca ai trattamenti sanitari, secondo le modalità prescritte dalla L.219/2017.

L'infermiera è punibile? Quali le incongruenze del caso con la fattispecie ex art. 580 c.p.

CASO 2-bis)

Con una piccola variazione rispetto al caso precedente, ci si domanda se è punibile l'infermiera che, mortale nemica e rivale in amore di Maria, le somministra la dose di barbiturici.

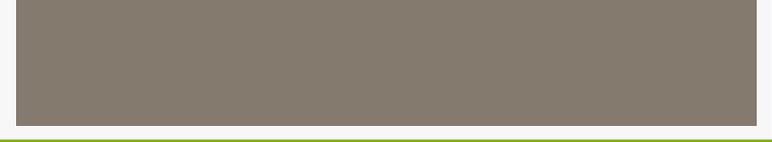
Si scopre, tuttavia, che Maria aveva formalizzato il rifiuto o la revoca ai trattamenti sanitari, secondo le modalità prescritte dalla L.219/2017, con la verifica da parte del Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera del rispetto delle condizioni e delle procedure previste e con l'acquisizione del parere del Comitato Etico. Sarebbe stata solo una questione di ore e quella dose di barbiturici sarebbe stata iniettata.

L'infermiera è punibile?

CASO ELUANA ENGLARO

Nel caso di Englaro, la questione si gioca tutta sul piano civilistico.

La Corte di cassazione muove dalla ricostruzione della volontà dell'interessata, inferendo quella volontà da molteplici fattori, e arrivando a decidere non **per** l'interessata, ma **con** l'interessata



Un giudizio che consta di due momenti: uno diagnostico e uno prognostico.

Il primo oggettivo, attinente alle condizioni fisiche della ragazza e volto ad accertarne l'irreversibilità.

Il secondo soggettivo, attingendo a molteplici fattori, strettamente legati alla personalità, alle scelte di vita, alle opinioni dell'interessata, ricostruite con il suo sostituto.

Principio di diritto sentenza caso Englaro

“ Ove il malato giaccia da moltissimi anni (nella specie, oltre quindici) in stato vegetativo permanente con conseguente radicale incapacità di rapportarsi al mondo esterno e sia tenuto artificialmente in vita da un sondino nasogastrico che provvede alla sua nutrizione ed idratazione, su richiesta del tutore che lo rappresenta e nel contraddittorio con il curatore speciale, il giudice può autorizzare la disattivazione di tale presidio sanitario (fatta salva l'applicazione delle misure suggerite dalla scienza e dalla pratica medica nell'interesse del paziente) unicamente in presenza dei seguenti presupposti:

a) quando la condizione di stato vegetativo sia, in base ad un rigoroso apprezzamento clinico, irreversibile e non vi sia alcun fondamento medico, secondo gli standard scientifici riconosciuti a livello internazionale, che lasci supporre la benchè minima possibilità di un qualche, sia pure flebile, recupero della coscienza e di ritorno ad una percezione del mondo esterno;

b) sempre che tale istanza sia realmente espressiva, in base ad elementi di prova chiari, univoci e convincenti, della voce del paziente medesimo, tratta dalle sue precedenti dichiarazioni ovvero dalla sua personalità, dal suo stile di vita e dai suoi convincimenti, corrispondendo al suo modo di concepire, prima di cadere in stato di incoscienza, l'idea stessa di dignità della persona. Ove l'uno o l'altro presupposto non sussista, il Giudice deve negare l'autorizzazione, dovendo allora essere data incondizionata prevalenza al diritto alla vita, indipendentemente dal grado di salute, di autonomia e di capacità di intendere e di volere del soggetto interessato e dalla percezione, che altri possano avere, della qualità della vita stessa".

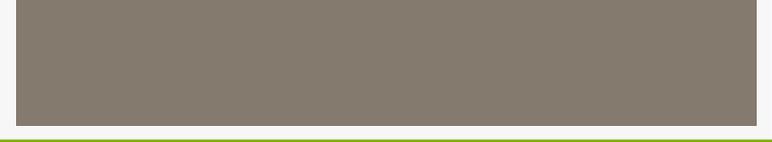
Ove l'uno o l'altro presupposto non sussista, il Giudice deve negare l'autorizzazione, dovendo allora essere data incondizionata prevalenza al diritto alla vita, indipendentemente dal grado di salute, di autonomia e di capacità di intendere e di volere del soggetto interessato e dalla percezione, che altri possano avere, della qualità della vita stessa".

PRIME CONCLUSIONI

Certamente, allo stato, nel nostro ordinamento giuridico non vi è spazio per le forme di eutanasia attiva, consistente nella somministrazione di farmaci che causino la morte: la condotta di Riccio, o di altri medici che dovessero trovarsi in situazioni simili, deve consistere in condotte “attive” di sospensione del trattamento.

SEGUE

Ancora, quale la disciplina per quei casi in cui il rifiuto di trattamento sanitario richieda l'intervento del terzo, ossia una condotta commissiva, non consistente semplicemente nella sospensione di trattamenti sanitari già iniziati, ma nella somministrazione di farmaci (barbiturici o altro) richiesti dal malato terminale.



La somministrazione di farmaci può consistere nel ricorso a trattamenti di sedazione profonda, a pratiche che allevino il dolore connesso alle sofferenze causate dalla sospensione del trattamento sanitario.

La richiesta di sospensione del trattamento non è eutanasia ed è lecita!

NON COSI', secondo il quadro normativo vigente, la richiesta, esplicita, reiterata, inequivoca del paziente rivolta al medico, anche con una manifestazione del consenso conforme alla L.219, di porre fine alla propria vita.

Tutto ciò, naturalmente, *de jure condito*, in attesa che il testo di legge sul “fine vita”, approvato alla Camera, sia definitivamente licenziato dal Senato.

Ricordiamoci di distinguere l'aiuto **a**
morire, dall'aiuto **nel** morire