

Nn.

riuniti R.G.N.R. mod. 21



**Procura della Repubblica
presso il Tribunale di Milano**

RICHIESTA DI ARCHIVIAZIONE

~ artt. 408/411 c.p.p., 125 e 126 D.Lv. 271/89 ~

Al Giudice per le indagini preliminari
presso il Tribunale di Milano

I Pubblici Ministeri

dott.ssa Tiziana Siciliano e dott. Luca Gaglio, visti gli atti del procedimento penale indicato in epigrafe, iscritto nel registro di cui all'art. 335 c.p.p. in data il 4.8.2022 e 28.11.2022 (procedimenti riuniti) nei confronti di:

Luca Gaglio



nato a _____, residente a _____ in _____
elettivamente domiciliato presso il difensore di fiducia Avv. _____

difeso di fiducia:

- dall'Avv. _____ del Foro d. _____ con studio in _____
_____ presso il cui studio è domiciliato-;

- nonché dall'Avv. _____ del foro di _____ con studio in _____

per i reati p. e p. dall'art. 580 c.p., commessi

- in data _____ in _____ nei confronti della persona offesa _____
_____, nata a _____ il _____ ;
- in data _____ in _____ nei confronti della persona offesa _____
_____, nato a _____ il _____ ;

osservano

Ricostruzione del fatto

In due diverse occasioni, in data _____ e in data _____, _____ si presentava presso i Carabinieri di Milano, autodenunciandosi del delitto di cui all'art 580 co. 2 c.p. per aver agevolato il suicidio di _____ e _____, accompagnando entrambi in Svizzera, dove gli stessi avevano programmato, in apposite strutture autorizzate, il proprio fine vita.



I fascicoli venivano riuniti per evidenti motivi di connessione soggettiva nonché per la continuazione tra i delitti sostenuti da una chiara identità di disegno - in ipotesi - criminoso, come emerge manifestamente dalla ricostruzione dei fatti che di seguito verranno succintamente descritti.

Vicenda

La signora _____ si era sottoposta in data _____ ad accertamenti clinici a seguito di una sintomatologia caratterizzata da modesta tosse, astenia e febbricola che la affliggeva da un paio di mesi. La diagnosi appariva sin dalla prima TAC di estrema gravità: un microcitoma polmonare, già diffuso in plurimi organi, che lasciava ben poche speranze (vedasi cartella clinica N. _____ Ospedale di _____).

La signora _____, pur pienamente consapevole della prognosi infausta, accettava, su insistenza dei familiari, di sottoporsi a chemioterapia, mossa soprattutto dalla preoccupazione che una metastasi raggiungesse l'encefalo, privandola delle sue capacità fisiche e cognitive.

L'iniziale beneficio della chemioterapia, assai mal tollerata dalla paziente, era comunque di assai breve durata. Passati pochi mesi la malattia si ripresentava ancora più aggressiva interessando l'encefalo, i reni, il cuoio capelluto (vedasi referto _____, stilato sempre presso l'Ospedale _____ recante diagnosi di carcinoma al cuoio capelluto e cute del collo).

In data _____ i medici proponevano alla paziente un nuovo e più intenso ciclo chemioterapico che la stessa rifiutava, edotta dell'assoluta inutilità della terapia se non al solo fine di *rallentare l'exitus* della malattia: veniva quindi suggerita dai curanti l'attivazione del Nucleo Cure Palliative tramite il medico di medicina generale (vedasi Relazione Clinica U.O.C. Oncologia ed Ematologia Oncologia di _____ datata _____ agli atti).



La _____ chiedeva invece di essere sottoposta a sedazione profonda, richiesta che veniva respinta dai curanti, che asserivano che questa strada avrebbe potuto essere scelta solo in caso di sottoposizione a supporto vitale (come riferito a s.i.t. dal marito _____, in data _____ a questo P.M.)

Come si evince dalla documentazione clinica, da quella olografa ("diario testamentale") e dalle s.i.t. rese dal marito _____ in data _____ era cosciente di essere di fronte ad una malattia incurabile e voleva cessare di vivere quando ancora aveva la possibilità di scegliere e di evitare una lunga agonia. Dagli scritti olografi si intuisce anche la volontà di non gravare i suoi parenti stretti, che la avevano e l'avrebbero accudita, di ulteriori sofferenze.

La malattia progrediva dolorosamente nonostante la prosecuzione dell'immunoterapia. Un carcinoma squamoso al cuoio capelluto (asportato), secondario all'originario microcitoma, l'aveva costretta ad un innesto cutaneo che, a causa della malattia, non attecchiva lasciandole un'ampia esposizione ossea alla base del cranio. Nel frattempo nuove formazioni in area addominale comparivano mentre quelle precedenti, soprattutto a carico del polmone, si espandevano cagionandole gravi problemi respiratori, soprattutto notturni.

La malattia aveva ormai raggiunto un'estensione tale che nessun trattamento radioterapico appariva proponibile.

Il _____ la signora, accompagnata dal marito, suo fiduciario, presentava in Comune le DAT con espresso rifiuto di terapie salvavita.

Il calvario della signora _____ durava invero pochi mesi. Già dal mese di febbraio aveva iniziato in autonomia una ricerca su internet per individuare strutture che offrissero un accompagnamento al fine vita volontario - vedasi, più sotto, le dichiarazioni rese a s.i.t. dal marito _____. Aveva infatti inequivocabilmente espresso la sua contrarietà a cure palliative a lungo termine.



La scelta ricadeva sulla struttura svizzera e, solo dopo aver preso accordi con quest'ultima, contattava N che le offriva la sua disponibilità ad accompagnarla in Svizzera, attesa la sua incapacità a spostarsi autonomamente.

Come da accordi, prelevava in auto la signora nel giorno concordato e la accompagnava presso la Clinica ove la sua domanda - in esito ad accurato iter di verifica delle condizioni poste dalla legislazione svizzera- era stata accettata.

La signora decedeva, a seguito di auto somministrazione di un farmaco letale, in data

Vicenda

Il dramma di inizia a quando compaiono cadute ingiustificate e rallentamento motorio. A seguito di risonanza magnetica (nel marzo 2020) e di visita neurologica (nell'aprile successivo), veniva diagnosticata una "*vasculopatia ischemica cerebrale diffusa con importante atrofia corticale sovra/sotto tentoriale. All'esame obiettivo della visita neurologica vengono anche accertati segni di disfunzione extrapiramidale (ipertono plastico arto superiore sinistro c.d. arto alieno, deambulazione rallentata a piccoli passi) e disturbi della deglutizione (scialorrea e presenza di eccessiva saliva in bocca)*" (referto neurologo dott. del).

La malattia, identificata in un *Parkinson Atipico*, progrediva velocemente, costringendo il ad un'assistenza continua per vestizione, igiene personale e nutrizione. Anche i più piccoli gesti - quali abbottonarsi la camicia, farsi la barba - risultavano irrealizzabili, rivelando un'incapacità di eseguire compiti motori intenzionali nonostante la volontà e la conservata capacità fisica, quale conseguenza di un danno cerebrale.

69 il



In data _____, presso gli Istituti _____ iniziava un percorso riabilitativo con progetto complessivo di riabilitazione del deficit volto al "rinforzo del controllo posturale, automatismi, schema del passo, prevenzione cadute ed un programma neuromotorio per incremento stenico, propriocettivo, recupero reazioni posturali", nonché un percorso per l'autosufficienza destinato "all'incremento della sicurezza nelle ADL, incremento delle autonomie con oggetti della vita quotidiana modificati, valutazione ausili".

Nelle more dello sviluppo del programma veniva sottoposto a test in esito ai quali emergevano evidenti problemi di deglutizione, peggioramento progressivo motorio (*sindrome arto alieno sx*) con perdita di autonomia nei passaggi posturali. Veniva sottoposto a trattamento riabilitativo fisico e logopedico, ma si evidenziava una progressiva perdita dell'autonomia in tutte le attività quotidiane (peggioramento scale valutazione) e progressive difficoltà nella scrittura. Rimaneva però vigile ed orientato, ed utilizzava il computer in autonomia, collaborando ancora con la rivista per la quale scriveva (relazione del c.t. neurologico del PM _____, pag. 4).

Il decorso però veniva precocemente interrotto a causa della frattura del femore destro che il _____ si procurava per una caduta accidentale al domicilio, avvenuta in data _____, che ne determinava il ricovero presso l'Ospedale _____ in previsione di un intervento per la riduzione della stessa, eseguito in data _____.

A riprova del rapido peggioramento, si segnala un documento a firma della neurologa dottoressa _____ degli I.C.S. _____ datata _____ la quale, nel diagnosticare una *disfagia in parkinsonismo*, indicava per _____ la necessità di nutrizione enterale con fabbisogno giornaliero di 8 vasetti di acquagel/*die*, non essendo egli più in grado di assumere autonomamente liquidi. Solo la dedizione della moglie _____, che continuerà a cucinare e sminuzzare il cibo rendendolo omogeneizzato, garantirà a _____ la possibilità di gustare quello che gli veniva preparato accompagnato da *acquagel* (vedasi verbale di s.i.t. rese dalla _____ alla _____).



P.G. di questa Procura il 24.01.2023 presso la sua abitazione, essendo lei stessa affetta da grave patologia).

All'esito della visita neurologica effettuata in data . presso gli Istituti , il medico di riferimento dott.ssa certificava che risultava affetto da: *"degenerazione cortico-basale e disautonomia con ricorrenti episodi sincopali a cui si associano postumi di prostatectomia parziale. Scoliosi sinistro-convessa con importante spondiloartrosi, discopatia dorso-lombare e cervicale inferiore, postumi di recente frattura della testa del femore ridotta chirurgicamente. Tali condizioni determinano: aprassia, disartria (perdita della capacità di articolare le parole in modo normale), disfagia, apatia, deficit della postura, deficit dell'equilibrio, deficit del cammino, cadute ricorrenti con traumatismi, deficit del linguaggio, deficit della memoria e degli orientamenti, movimenti involontari (c.d. "arto alieno") perdita delle autonomie relative alla cura della persona, all'igiene, all'abbigliamento, agli spostamenti intra ed extra domiciliari, alla gestione del denaro e delle scelte, alla vita di relazione, necessità di assistenza diretta intensa e continuativa per le attività di vita quotidiana e di relazione. Il quadro clinico descritto, per la natura neurodegenerativa della malattia, la scarsa responsività dei sintomi ai trattamenti farmacologici normalmente utili in altri parkinsonismi, non è suscettibile di significativi miglioramenti, né a breve né a lungo termine, nonostante gli adeguati interventi terapeutici farmacologici e riabilitativi e comporta la costante necessità di assistenza da parte di terzi"*.

Il quadro, già drammatico, era destinato ad ulteriore progressivo peggioramento. dopo la frattura al femore, non riprenderà più a camminare: non essendo in grado nemmeno di utilizzare il "girello" (cd *walker*), sarà costretto in carrozzina per qualsiasi spostamento - e per sempre (s.i.t. della moglie , già citate).

La condizioni generali del si aggravavano ancor più allorquando, in data egli contraeva il virus SARS - Covid 19, a seguito del quale, secondo quanto riferito

4



dalla vedova, lo stesso era definitivamente condannato all'immobilità ed all'allettamento.

La rivalutazione neurologica operata in data _____ dal dottor _____, presso l'Ambulatorio di neurologia _____ così conclude: "nel corso dei mesi peggioramento della abilità motorie, con attuale persistenza in carrozzina per gli spostamenti e impossibilità alla deambulazione, con riferito incremento della rigidità disartria e bradilalia (anomalo rallentamento dell'espressione verbale) ma sfera cognitiva apparentemente preservata con partecipazione alle attività famigliari per quanto possibile, mantiene interesse per l'attualità mediante la televisione (...). Paziente lucido orientato su spazio e tempo disartria marcata oftalmoplegia (paralisi della muscolatura dei bulbi oculari) Conclusioni: parkinsonismo atipico, il paziente necessita di assistenza continuativa, pur con un quadro cognitivo che, per quanto valutabile, appare globalmente conservato".

La gravità ed ingravescenza delle condizioni di salute del _____ si evince chiaramente dalla documentazione clinica analizzata e riportata nell'elaborato del c.t. del P.M. _____ (neretti degli scriventi):

" Diario Cure palliative domiciliari
(Referente clinico: _____ Case manager: _____ medico palliativista _____)
) si riportano i dati relativi alle scale di valutazione effettuate durante il periodo assistenziale. Area di comunicazione (scala di Bernardini): Grave → comunicazione molto compromessa, si ottengono risposte solo con domande che prevedono risposte sì/no e fornendo facilitazioni contestuali e gestuali. Area cognitivo-comportamentale: lucido, orientato, funzioni psichiche e percezione sensoriale nella norma. Area clinica: nella norma respirazione e funzione cardiovascolare, presenza di disfagia, incontinenza urinaria e fecale. Scala di Norton: condizione clinica discreta, mentalmente sveglio e cosciente, costretto a letto, immobile, incontinenza urinaria e fecale → stato di terminalità non

¹ Dirigente Medico I Livello Specialista in Neurologia, Dottore di Ricerca in Scienze Neurologiche Dipartimento delle Neuroscienze e di Salute Mentale U.O.C. Neurologia, IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Università degli Studi di Milano.



oncologica. Scala di Barthel: punteggio pari a 0 (zero), indicativo di totale dipendenza nelle ADL (Activities of Daily Living, sono le attività che un individuo adulto compie in autonomia e senza il bisogno di assistenza per sopravvivere e prendersi cura di sé). Scala di Braden: percezione sensoria limitata, ridotta capacità di comunicare disagio, dolore, necessità di cambiare posizione; occasionalmente bagnato (cambio lenzuola una volta al giorno; allettato e completamente immobile; nutrizione adeguata (omogeneizzati), richiede assistenza per movimenti e riposizionamenti nel letto (punteggio 12, indicativo di rischio medio/elevato). Scala di Karnofsky: severamente disabile. Da segnalare, inoltre, **dolori diffusi da allettamento**, per i quali assumeva Tachidol, e presenza di **ulcere cutanee 1° e 2° stadio**. Dalla lettura del diario delle numerose visite effettuate dal medico palliativista nel periodo 19 Ottobre-23 Novembre 2022 si evince come il paziente e la moglie fossero consapevoli del quadro clinico. Durante tutto il periodo assistenziale il Sig. _____ ha presentato spesso la necessità di essere trattato per la presenza di secrezioni bronchiali.”

aveva manifestato la sua intenzione di mettere fine volontariamente alla sua vita già nella primavera del _____ presa consapevolezza del fatto che **nessuna terapia** avrebbe potuto migliorare la sua posizione. In particolar modo, rifiutava categoricamente l’ausilio di presidi quali ad esempio la PEG per l’alimentazione forzata. Era lucido e determinato nel rifiutare maggiori sofferenze di quelle che già la vita gli stava impartendo. Aveva formulato una esplicita richiesta di aiuto per realizzare quella che lui riteneva essere la fine delle sue sofferenze e soltanto in adesione a questa richiesta la moglie, in sua vece, contattava l’associazione _____ per avere le debite informazioni. Il _____ incontrava _____ e aveva modo di spiegargli le sue ragioni e chiedere il suo aiuto. La situazione precipitava quando la moglie del _____ si ammalava a sua volta di carcinoma al polmone dovendo, a causa di ciò, forzatamente diminuire la sua assistenza al marito. Gli accordi tra il malato e _____ non avevano più intermediari. Il giorno concordato _____ si recava in auto a prelevare il _____ e lo accompagnava presso la struttura che l’aveva accettato. _____ decedeva presso la clinica _____ in data _____ per auto-assunzione di un farmaco letale.

Le i



Ricostruzione della disciplina svizzera

In Svizzera il suicidio assistito, che trova il suo fondamento negli artt. 114 e 115 cod. pen. svizzero, è da sempre l'unica pratica di fine vita considerata lecita. L'unica condizione che il legislatore federale pone alla liceità del suicidio assistito è che l'agente non agisca per motivi egoistici, per tali intendendosi non solo i motivi di lucro, ma anche vantaggi di altra natura.

In Svizzera si è identificata come modalità meno dolorosa e più efficace, nel caso di soggetti in condizioni cliniche tali da ridurre sensibilmente l'autonomia, quella dell'assunzione di farmaci letali. Il farmaco più utilizzato è il *pentobarbital*. La legge svizzera assoggetta l'acquisto di *pentobarbital* a prescrizione e la prescrizione di un farmaco è prerogativa esclusiva di medici - e veterinari-, i quali possono prescrivere un medicinale soltanto dopo aver esaminato il paziente e soltanto nel rispetto delle «*regole riconosciute delle scienze mediche e farmaceutiche*» (art. 26, Legge sugli agenti terapeutici del 15 dicembre 2000). La prescrizione di un farmaco in violazione degli obblighi di diligenza prescritti dalla Legge sugli agenti terapeutici costituisce reato ed è punita con la pena della reclusione fino a tre anni.

L'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche ha disciplinato il comportamento dei medici in ordine alle pratiche di fine vita dei pazienti con numerose direttive relative all'assistenza dei malati terminali, per i casi di cure palliative, esecuzione di una richiesta di interruzione delle terapie e aiuto al suicidio (sono considerate aiuto al suicidio la prescrizione o la consegna di un farmaco letale e il posizionamento di una cannula intravenosa). Emerge la precisa determinazione di mettere al centro dell'*iter* decisionale la volontà del paziente: al medico è concesso assecondare esclusivamente le richieste che provengano da soggetti capaci di intendere e di volere (nel caso di rifiuto di una terapia, valgono anche le intenzioni manifestate in epoca antecedente da soggetto attualmente incapace di intendere e di volere: l'equivalente delle disposizioni anticipate di trattamento disciplinate dalla l. 22 dicembre 2017, n. 219 nell'ordinamento italiano).



Perché l'aiuto al suicidio possa considerarsi legittimo, il medico che intenda prestarlo dovrà assicurarsi che:

- *la malattia di cui soffre il paziente legittimi la supposizione del suo decesso imminente;*
- *trattamenti alternativi siano stati proposti e, se accettati dal paziente, adottati;*
- *una terza persona (non necessariamente il medico stesso) abbia accertato che il paziente sia in grado di intendere e di volere, che abbia riflettuto a lungo sul suo desiderio di morte e che tale persistente desiderio non sia il risultato di pressioni esterne.*

Possiamo quindi concludere che l'accesso al suicidio assistito in Svizzera, è rigorosamente normato e frutto di un preciso *iter* burocratico che responsabilizza fortemente il medico che dovrà aver accertato la capacità di intendere e di volere del soggetto che manifesta il proposito suicidario, che tale soggetto soffra di una malattia che renda la sua morte vicina e che il suo proposito non sia manifestazione di una malattia che può essere trattata clinicamente o di un impulso transitorio dovuto a una patologia psichiatrica.

Inquadramento giuridico del fatto: esclusiva astratta applicabilità della parte dell'art. 580 c.p. relativa alla condotta di "partecipazione materiale".

Avendo ricostruito le condotte di _____ in seno alle vicende esposte nelle autodenunce da lui presentate il _____ e il _____ è possibile quindi passare all'inquadramento in diritto delle condotte medesime; ritengono questi Pubblici Ministeri, infatti, che sia possibile e corretto procedere con l'archiviazione del procedimento, per le ragioni che si vanno di seguito ad esporre.

Le condotte di _____ debbono essere inquadrate nell'ambito della fattispecie di cui all'art. 580 c.p., ed in particolare tra le condotte di partecipazione materiale al suicidio altrui. Egli, infatti, alla luce di tutti gli atti istruttori espletati - i più rilevanti dei

6



quali si andranno a citare - risulta aver solamente prestato il proprio apporto materiale alla scelta di porre termine alla loro vita da parte delle persone offese, senza influire sulla loro volontà autonomamente e pienamente manifestata.

Non sono pertanto neanche astrattamente ipotizzabili né il reato di omicidio del consenziente di cui all'art. 579 c.p. - che postula il "dominio sull'atto finale" da parte dell'autore materiale della condotta - né la condotta di istigazione al suicidio o di rafforzamento dell'altrui proposito suicidario. Tale ultima fattispecie delittuosa, prevista insieme a quella di aiuto materiale dall'art. 580 c.p., postula infatti la sussistenza di un nesso di causalità psichica tra condotta dell'agente e determinazione della persona offesa a porre fine alla propria vita; gli elementi raccolti nel corso delle indagini e di cui si è dato conto in precedenza evidenziano, invece, come la volontà di porre fine alla loro vita da parte delle persone offese fosse compiutamente formata prima dell'incontro con l'odierno imputato. All'opposto, il contatto tra le persone offese e l'imputato è avvenuto proprio in ragione della preesistente determinazione suicidaria delle persone offese.

Forniscono ampia prova di quanto affermato le s.i.t. rese dai prossimi congiunti delle due persone decedute, che riconducono senza dubbio alcuno l'apporto del nel suicidio dei loro cari nel mero trasporto degli stessi, inabili a farlo autonomamente, presso le sedi svizzere di destinazione oltre a un modesto apporto informativo e un ben più rilevante supporto umano.

In particolare il marito di - , assunto a s.i.t. in Procura il sottolineava come la moglie avesse pianificato minuziosamente il suo ultimo viaggio, studiando in particolar modo una soluzione tale da preservare i propri cari da qualsiasi responsabilità connessa e derivante da tale scelta vengano. In particolare, riferiva:

"a.d.r. Mia moglie ha iniziato sin da subito autonomamente a fare delle ricerche su internet relative alle cliniche che permettevano di porre fine alla propria vita.



a.d.r. Relativamente al caso mediatico del dj Fabo, quindi in tempi non sospetti, lei aveva espresso la propria opinione in merito appoggiando la decisione presa. Lei sosteneva che in caso di malattia irreversibile aspettare il decorso sino all'exitus, sapendo quello che comportava, fosse insopportabile.

Lei era rimasta molto turbata dall'assistenza che aveva prestato a suo padre, sua madre ed in particolare al fratello, quest'ultimo affetto da fibrosi polmonare. Aveva avuto una chiara rappresentazione di quanto fosse atroce morire per soffocamento. Ricordo che mi chiese come unico regalo (in cinquant'anni di matrimonio) di non contrastare la sua decisione e di rispettarla. Tutto questo anche se io e mia figlia qualche volta cercavamo di farle vedere di altri casi affinché cambiasse idea.

a.d.r. Mia moglie ha contattato inizialmente la fondazione _____ per ottenere informazioni relative alle società svizzere che si occupavano del fine vita.

Mia moglie aveva studi universitari, ha fatto l'imprenditrice tutta la vita insieme a me gestendo il nostro albergo. Le piaceva leggere, suonare, era persona di cultura e di grande senso pratico.

La prima risposta ottenuta dal personale della Fondazione e successivamente da _____ stesso, era che non avessero informazioni specifiche sulla _____ della quale però non avevano nemmeno riscontri negativi (vedasi mail). Mia moglie sceglieva la _____ perché la trovava veloce nello svolgere le pratiche. Il primo contatto lo aveva con tale _____. Lei chiedeva di avere una data ravvicinata, magari prima delle ferie e del peggioramento della malattia.

a.d.r. Mia moglie ha dovuto prima pagare una cifra per associarsi alla società. Poi il primo versamento di cinquemila euro. Avuto "semaforo verde", faceva un ultimo versamento di cinquemila euro dal proprio conto corrente.

a.d.r. Mia moglie era contenta del fatto che _____ to l'avrebbe accompagnata. Lei era autonoma nella sua quotidianità. Era debole e non se la sentiva di uscire più dalle mura di casa.

Lei non avrebbe mai potuto affrontare il viaggio in Svizzera da sola.

Mia moglie e _____ una volta stabilita la data concordata con la clinica svizzera, concordavano di vedersi il primo di agosto alle sette del mattino. _____ veniva a casa a



prelevarla insieme ad un'altra persona, credo fosse l'autista. In realtà quando sono partiti da casa guidava " "

Dal verbale delle sommarie informazioni testimoniali rese dalla moglie del -
signora - in ordine alla manifestazione da parte del
marito della volontà di ricorrere al suicidio assistito: *"I primi segnali sono arrivati nella
primavera del quando realizzava che nessuna cura avrebbe potuto aiutarlo a migliorare la
sua condizione. Lui si opponeva fermamente all'idea della prospettiva a breve
dell'ausilio di presidi quali ad esempio la PEG (alimentazione forzata). Io rispettava
assolutamente le sue richieste che peraltro però riducevano ulteriormente la sua prospettiva di
vita. Lui diceva di essere stato fortunato di avere avuto una vita lunga e serena e che non riteneva
di prolungare con più sofferenza di quanta già ne soffrisse. Lucidamente e cerebralmente
partecipava alla vita familiare ma trovandosi in un corpo completamente paralizzato aveva perso
ogni stimolo verso tutto. Mi chiedeva di fare delle ricerche per trovare chi potesse aiutarlo a
realizzare il suo progetto di porre fine alle sue sofferenze. Ricordo di avere contattato
telefonticamente l'Associazione sino a quando poi venivo richiamata da
La presenza di è stata fortemente voluta da (...)"*

Sussistenza della giurisdizione italiana e della competenza dell'organo che procede.

Operato tale primo sommario inquadramento dei fatti, si pone un preliminare problema di rito, relativo alla sussistenza da un lato della giurisdizione italiana e dall'altro della competenza del Tribunale di Milano.

Entrambe le questioni debbono essere affrontate partendo dal presupposto che la condotta penalmente rilevante è stata commessa in un ambito spaziale non unitario, che ha visto coinvolti due diversi ordinamenti giuridici; si ritiene pertanto, per quanto



riguarda la giurisdizione italiana, che debba trovare applicazione l'art. 6 c. 2 c.p., a norma del quale la stessa sussiste quando *"l'azione [...] che costituisce [il reato] è avvenuta in tutto o in parte [nel territorio dello Stato]"*. Tale norma è interpretata dalla Suprema Corte in modo estremamente ampio, in quanto si ritiene sufficiente che nel territorio nazionale si sia verificato *"anche solo un frammento della condotta, [...] seppur privo dei requisiti di idoneità e di inequivocità richiesti per il tentativo"* (C. Cass., sez. IV, sent. 20 gennaio 2017, n. 6376, Rv. 269062).

È evidente che, nel caso in esame, tale requisito è integrato, in quanto la condotta di accompagnamento delle persone offese presso i due centri svizzeri (la sig.ra _____ presso la struttura _____, il sig. _____ presso il centro gestito dalla _____) si è svolta almeno in parte in territorio italiano, e, in particolare, a Milano.

Sulla base di questa prima considerazione, per quanto riguarda la questione della competenza del giudice cui è indirizzata la presente richiesta di archiviazione, bisogna considerare quanto stabilito dall'art. 10, comma 3, c.p.p., a mente del quale i criteri per determinare la competenza in caso di reato commesso solo parzialmente all'estero sono quelli ordinari previsti dagli artt. 8 e 9 c.p.p.

Alla luce delle concrete modalità delle azioni per cui si procede, il criterio deve necessariamente essere quello di cui agli artt. 9, commi 2 e 3, c.p.p.; l'azione tipica di aiuto al suicidio - ossia quella più prossima alla condotta suicidaria - è stata commessa in territorio elvetico, nei confronti di entrambe le persone offese. Ivi si è anche verificata la morte delle stesse. Ciò rende inapplicabili tanto l'art. 8, commi 1 e 2, c.p.p. quanto l'art. 9, comma 1, c.p.p., in quanto il reato si è consumato all'estero, ivi si è verificata la morte, e ivi è anche *"l'ultimo luogo in cui è avvenuta una parte dell'azione o dell'omissione"*. La condotta di accompagnamento - che nei confronti di _____ è cominciata a _____ (_____), mentre nei confronti di _____ è cominciata a _____ (_____) - è "avvenuta", ossia si è conclusa, in Svizzera; pertanto, è competente il Tribunale di Milano in quanto ivi risiede, dimora ed è domiciliato l'indagato (art. 9, comma 2, c.p.p.)



ed ivi l'indagato ha presentato gli atti di denuncia-querela da cui sono scaturiti i procedimenti penali in epigrafe (art. 9, comma 3, c.p.p.).

L'evoluzione della giurisprudenza costituzionale e di merito sull'art. 580 c.p.

Premesso quanto esposto in ordine alla riconducibilità della condotta di [redacted] nelle vicende di cui trattasi alla fattispecie di aiuto al suicidio di cui all'art. 580 c.p., occorre ora ripercorrere, sia pure brevemente e per sommi capi, l'evoluzione che ha visto coinvolta tale norma nella giurisprudenza costituzionale recente.

È noto, infatti, come una vicenda analoga, oggetto di processo svoltosi avanti alla Corte d'Assise di Milano nel 2016-2017 a carico dello stesso odierno indagato, si sia conclusa con l'assoluzione dell'imputato per insussistenza del fatto a seguito della dichiarazione di parziale incostituzionalità della norma incriminatrice da parte della Corte costituzionale, pronunciatasi con **sentenza 25 settembre 2019, n. 242**.

In quel caso, la vicenda riguardava un soggetto rimasto coinvolto in un grave incidente stradale, che lo aveva lasciato tetraplegico, cieco e affetto da insopportabili spasmi muscolari; condizione, questa, la cui irreversibilità era stata accertata da svariati consulti medici. L'odierno indagato, quindi, si era reso disponibile ad aiutare la persona offesa a raggiungere la clinica [redacted] di Zurigo (la medesima presso la quale ha accompagnato, nella presente occasione, [redacted]), ove - con l'ausilio di un macchinario appositamente realizzato - il soggetto allora coinvolto si era dato la morte mediante iniezione endovenosa di un farmaco letale, azionata tramite il morso di un pulsante.

Già in quella occasione, questa Procura aveva avuto modo di evidenziare i profili di possibile incompatibilità costituzionale della normativa posta dal codice penale con alcuni basilari principi di libertà e autodeterminazione individuale nel campo delle scelte inerenti alla salute e alla dignità della vita posti dalla Costituzione, dalla Convenzione europea per i diritti umani e dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea. Tali dubbi, espressi anche dalle difese dell'allora imputato [redacted] erano stati



raccolti dalla Corte d'Assise e hanno quindi trovato l'autorevolissimo avallo della Corte Costituzionale.

Quest'ultima, in particolare, si è pronunciata dapprima con una tecnica decisionale inedita, inaugurata proprio nel caso di cui ci si occupa e poi reiterata in svariate altre occasioni. In particolare, con l'**ordinanza del 24 ottobre 2018, n. 207**, la Consulta, pur rilevando i profili di frizione tra le disposizioni di cui all'art. 580 c.p. e "*la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost.*", aveva scelto di non dichiarare immediatamente l'incostituzionalità della norma. Lo scopo espresso di tale incostituzionalità "rilevata ma non dichiarata" era quello di consentire al Legislatore di individuare un più efficace bilanciamento tra le istanze appena enunciate e la pur relevantissima e fondamentale esigenza di tutelare la vita umana, specialmente quella delle persone più vulnerabili.

Il legislatore, tuttavia, si è rivelato insensibile all'ammonimento della Corte, e non è intervenuto nell'arco dell'anno di tempo che la Consulta aveva concesso per modificare la normativa; pertanto, la Corte costituzionale, dovendo a questo punto pronunciarsi, ha dichiarato, con la già citata sentenza 242/2019, l'incostituzionalità dell'art. 580 c.p. "*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.*"



Entrambe le pronunce della Corte costituzionale – e, per la verità, già l’ordinanza della Corte d’Assise che aveva rimesso gli atti alla Consulta – hanno sollevato un vivace dibattito in dottrina le cui posizioni non sono qui sintetizzabili neanche per sommi capi, data la vastità e la varietà delle posizioni espresse. In generale, però, sembra essere prevalso un atteggiamento di favorevole apprezzamento tanto per la presa di posizione della Corte Costituzionale, che ha affermato a chiare lettere la necessità di operare un diverso bilanciamento tra autodeterminazione individuale e tutela della vita umana, quanto per il notevole *self restraint* che i giudici delle leggi hanno adottato nel dichiarare la parziale incostituzionalità dell’art. 580 c.p.

Ciò che rileva evidenziare, ai fini del ragionamento sul caso sottoposto all’attenzione del Giudice, sono gli argomenti che la Corte costituzionale ha utilizzato per sostenere l’incompatibilità dell’art. 580 c.p. nella sua formulazione originaria con i parametri costituzionali sopra evidenziati; in particolare, la Corte ha fatto leva sulla libertà di autodeterminazione terapeutica e sul canone di uguaglianza-ragionevolezza.

Quanto al **diritto di autodeterminazione individuale, sancito dall’art. 32 Cost con riguardo ai trattamenti terapeutici**, la Corte ne ha evidenziato la valorizzazione prima ad opera della giurisprudenza, in particolare con le pronunce sui casi Welby (G.I.P. di Roma, sentenza n. 2019 del 2007) ed Englaro (Cass., Sez. I civ., sentenza n. 21748 del 2007) e poi del legislatore, con la Legge 22 dicembre 2017, n. 219, al fine di delineare uno spazio di necessaria libertà dell’individuo nelle sue scelte di fine-vita.

Proprio tale legge, tuttavia, fornisce alla Corte un termine di riferimento normativo cui agganciare i margini di liceità dell’aiuto al suicidio non punibile e una fonte cui riferire il procedimento per verificare l’integrità del consenso e medicalizzare la procedura di suicidio assistito. È bene, dunque, spendere qualche breve parola per inquadrarne la disciplina.

La legge del 2017, adottata pochi mesi prima del primo intervento della Corte costituzionale, ha un oggetto diverso da quello cui il Giudice è chiamato qui ad occuparsi, anche se parzialmente sovrapponibile allo stesso. Il fuoco centrale della legge,



infatti, è il tema dell'autodeterminazione terapeutica e del principio del consenso informato come principale base giuridica legittimante qualsiasi intervento medico. All'art. 1, comma 1, recita infatti: "1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge".

Gli scriventi ritengono tuttavia che, proprio in esito alla lettura della sent. Corte Cost. n. 242/2019, il diritto all'autodeterminazione non possa essere limitato alle ipotesi previste dalla legge 219/2017.

La legge, oltre a sancire il principio "in positivo" al sopra riportato art. 1, comma 1), ne afferma, per la prima volta in modo espreso, il risvolto "negativo", ossia il diritto a negare il consenso a qualsiasi forma di trattamento sanitario, sancendo che il medico "è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente" (art. 1, commi 5 e 6).

L'intervento normativo, che recepisce e normativizza l'evoluzione giurisprudenziale precedente, si caratterizza per alcuni aspetti messi in luce dalla più attenta dottrina; in particolare, la centralità del consenso del paziente; la volontà di valorizzare al massimo grado la c.d. alleanza terapeutica; il diritto assoluto e insindacabile del paziente ad ottenere, in qualsiasi momento, anche da incapace, la non attivazione di qualsiasi trattamento sanitario e l'interruzione di quello eventualmente già in atto, conservando al contempo il diritto di ottenere la terapia antalgica. Di rilievo è in particolare, ai nostri fini, il fatto che il legislatore, nel valutare la legittimità del "dissenso informato", non ha posto alcun limite all'autodeterminazione dell'individuo, di cui è solamente necessario verificare che esso sia "libero e informato".

A fronte del pieno riconoscimento del diritto a rinunciare alle cure, anche quando ciò si traduca in una forma di c.d. eutanasia passiva, il legislatore non è però intervenuto sugli



art. 579 e 580 c.p., lasciando quindi in vita il totale divieto di qualsiasi forma di accelerazione della morte altrui in modo attivo; al riguardo ci si può limitare qui ad osservare – non essendo questo un tema problematico ai fini del caso che ci occupa – come la linea di discriminazione tra eutanasia passiva e eutanasia attiva (e quindi tra disciplina della legge 219/2017 e quella degli artt. 579 e 580 c.p.) coincida, in linea di massima, con la distinzione penalistica tra le fattispecie di omicidio attivo e di omicidio per omissione. In altre parole, si può affermare con un buon margine di precisione che si rientra nel campo dell'eutanasia passiva disciplinata dalla legge 219/2017 quando la condotta umana – ancorché naturalisticamente attiva, come nel caso del medico che disattiva il ventilatore meccanico – si traduca nell'eliminazione del presidio che impediva al fattore naturale preesistente di "fare il suo corso" e di determinare il decesso del paziente; al contrario, si rientra nel campo dell'**eutanasia attiva**, disciplinata dagli artt. 579 e 580 c.p., quando il fattore che innesca il decorso causale esitante nella morte del paziente/persona offesa è creato dall'uomo. Nessun dubbio, dunque, che nel caso di specie ci si debba occupare di una ipotesi riconducibile a questa seconda categoria.

In questo contesto, quindi, si collocano le pronunce della Corte costituzionale; si comprende perciò come la presenza di un così ampio spazio di autodeterminazione in senso passivo abbia potuto fornire alla Consulta argomenti per individuare un pur ristretto spazio di autodeterminazione in senso attivo. In dottrina, in effetti, si è evidenziato come un ruolo cardine nell'apertura di uno spazio di legittimità di pratiche di eutanasia attiva – *sub specie* di suicidio assistito – abbia avuto l'**art. 3 Cost.**, più ancora dell'**art. 32, comma 2, Cost.** La Consulta, infatti, ha riconosciuto come sia irragionevole, in ipotesi in cui l'ordinamento ha già dimostrato di ritenere la vita un bene potenzialmente anche cedevole rispetto all'interesse ad autodeterminarsi, limitare tale facoltà di autodeterminazione in ipotesi simmetriche e speculari costringendo il soggetto a tollerare sofferenze e lesioni della propria dignità che sarebbero altrimenti evitabili.

In questo panorama, peraltro, si è inserita poi **un'altra sentenza della Corte costituzionale, la n. 50 del 2022**, con cui la Consulta ha dichiarato inammissibile un



referendum abrogativo in materia di fine vita. Il quesito referendario era volto a limitare la rilevanza penale delle condotte di omicidio del consenziente alle ipotesi previste dall'art. 579, comma 3, c.p.; ossia alle ipotesi di fatto commesso su persona minorenni, incapace o *"il cui consenso sia stato estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno"*. In altre parole, dal momento che il comma 3 dell'art. 579 non rappresenta un mero aggravio del trattamento sanzionatorio della fattispecie di cui al comma 1, ma ne definisce la fattispecie in negativo, l'esito del referendum abrogativo sarebbe stato, in buona sostanza, l'eliminazione della fattispecie di omicidio del consenziente *tout court*.

Proprio l'ampiezza - ritenuta eccessiva - dell'effetto liceizzante è stato ritenuto dalla Corte ostativo all'ammissibilità del quesito referendario; si legge, infatti, al §3.2 del "Considerato in diritto" che *"l'effetto di liceizzazione dell'omicidio del consenziente oggettivamente conseguente alla vittoria del sì non risulterebbe affatto circoscritto alla causazione, con il suo consenso, della morte di una persona affetta da malattie gravi e irreversibili"*². E, poco, oltre: *"la «liberalizzazione» del fatto prescinderebbe dalle motivazioni che possono indurre a chiedere la propria morte [...]. Egualmente irrilevanti risulterebbero la qualità del soggetto attivo [...], le ragioni da cui questo è mosso, le forme di manifestazione del consenso e i mezzi usati per provocare la morte [...]. Né può tacersi che tra le ipotesi di liceità rientrerebbe anche il caso del consenso prestato per errore spontaneo e non indotto da suggestione"*.

Ancora, al paragrafo successivo: *"nulla autorizzerebbe a ritenere che l'esenzione da responsabilità resti subordinata al rispetto della «procedura medicalizzata» prefigurata dalla legge n. 219 del 2017 per l'espressione (o la revoca) del consenso a un trattamento terapeutico (o del rifiuto di esso)"*.

² Si noti che in questo caso la Consulta ritiene rilevante la sola incurabilità ed irreversibilità della malattia, non citando in alcun modo la sottoposizione a trattamenti di sostegno vitale (§3.2. del Considerato in diritto).



Da tali considerazioni, quindi, la Consulta ha fatto discendere l'inammissibilità del quesito referendario, ritenendo che esso andasse ad *"incidere su normativa costituzionalmente necessaria"* (§5), in quanto avrebbe determinato un vuoto di tutela nei confronti di *"un valore che si colloca in posizione apicale nell'ambito dei diritti fondamentali della persona"* (§5.2), quale è il diritto alla vita. La norma - per continuare ad usare le parole della Corte - assolve *"allo scopo, di perdurante attualità, di proteggere il diritto alla vita, soprattutto - ma occorre aggiungere: non soltanto - delle persone più deboli e vulnerabili, in confronto a scelte estreme e irreparabili, collegate a situazioni, magari solo momentanee, di difficoltà e sofferenza, o anche soltanto non sufficientemente meditate"*.

Volendo adottare una ricostruzione schematica, con il naturale rischio di semplificazioni, si potrebbe quindi dire che il legislatore del 1930 ha adottato un approccio "paternalistico forte", volto a tutelare l'individuo contro qualsiasi scelta che potesse andare a suo danno (con la limitata e ben precisa eccezione del suicidio condotto autonomamente). La Corte costituzionale, sull'onda anche di un percorso internazionale e comparatistico, ha demolito questa impostazione di fondo, ma non si è spinta fino al punto di ritenere coerente con la Costituzione un approccio "paternalistico c.d. debole", che si limitasse, cioè, a garantire l'integrità della volontà del soggetto e, quindi, a tutelarlo solo da scelte non spontanee o non consapevoli.

La Corte, in altre parole, ha ritenuto che uno spazio di libertà nell'autodeterminarsi circa la fine della vita fosse costituzionalmente imposto; al contempo, però, ha anche ribadito come tale spazio non sia illimitato e vada incontro a limiti tanto formali - volti alla verifica dell'integrità del consenso - quanto sostanziali - che incidono, cioè, sul perimetro in cui il consenso stesso può legittimamente manifestarsi -.

La Corte, allo scopo, ha quindi individuato i seguenti parametri:

- A. presenza di una patologia irreversibile;
- B. che sia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche ritenute assolutamente intollerabili;
- C. che impedisca alla persona di rimanere in vita se non per il mezzo di trattamento di sostegno vitale;



D. che non privi il soggetto della capacità di prendere decisioni libere e consapevoli.

Sul piano della procedura per la verifica dell'integrità del consenso, la Corte ha attinto a piene mani dalla legge 219/2017, che d'altronde ha rappresentato il *tertium comparationis* per il giudizio di incostituzionalità dell'art. 580 c.p. al metro dell'art. 3 Cost.; peraltro, rispetto ai fatti precedenti la sentenza, la Corte si è premunita di precisare che "la non punibilità dell'aiuto al suicidio [sarebbe rimasta] subordinata, in specie, al fatto che l'agevolazione sia stata prestata con modalità anche diverse da quelle indicate, ma idonee comunque sia a offrire garanzie sostanzialmente equivalenti".

Con questi parametri, dunque, occorre confrontarsi rispetto ai casi che si sottopongono all'attenzione del Giudice, per poi verificare se tutti i parametri siano da porsi sullo stesso piano ai fini dell'interpretazione della regola posta dalla Corte costituzionale.

L'applicazione dei criteri posti dalla Corte costituzionale, sent. n. 242/2019 al caso di specie.

Al fine di verificare la ricorrenza dei requisiti in esame, si è ritenuto di procedere ad esperire più consulenze tecniche; i requisiti individuati dalla Consulta sono in prevalenza di carattere squisitamente tecnico, e nello specifico medico³. Soltanto la scienza medica, infatti, è in grado di chiarire se le persone offese fossero affette da

62 10



patologie incurabili (requisito *sub A*), se tale patologia fosse fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili (requisito *sub B*), se il soggetto fosse tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale (requisito *sub C*); al contrario, restano appannaggio del giudice la valutazione circa la componente soggettiva dell'intollerabilità dei dolori nonché la valutazione di integrità della capacità di intendere e di volere nonché della piena volontarietà dell'atto suicidario⁴.

A questi Pubblici Ministeri sembra, che gli elementi raccolti nel corso delle indagini non lascino dubbio alcuno sulla sussistenza dei requisiti posti dai criteri *sub A*, *B* e *D* individuati dalla Corte costituzionale; pochi dubbi si pongono anche con riguardo al rispetto delle procedure di cui alla legge 219/2017, considerando che la procedura è avvenuta all'estero, con procedura assolutamente equiparabili (vedasi *infra*, pag. 26, *sub lett. E*). È possibile, quindi, procedere ad indagare innanzitutto questi aspetti, per concentrare l'attenzione sul criterio *sub C* in un secondo momento.

A) Presenza di una patologia irreversibile

Le indagini condotte non lasciano dubbi sul fatto che le patologie da cui erano affetti e fossero irreversibili; ciò è affermato con chiarezza da tutti i consulenti di cui si sono avvalsi questi Pubblici Ministeri più sopra citati, ma emerge ancor prima dalla documentazione medica relativa alla storia clinica di ciascuna delle due persone offese.

Con riguardo alla posizione di , in particolare, il marito, ha riferito: "la previsione del medico era che si sarebbe sviluppata una sintomatologia grave nell'arco di due mesi. Ci fu rappresentato chiaramente che non potevano fare

⁴ Si noti che, rispetto all'aiuto al suicidio, non è propriamente corretto parlare di "integrità del consenso", dal momento che l'atto letale è posto in essere direttamente dal malato; ciò che deve indagarsi, dunque, è se tale atto sia stato o meno sorretto da una volontà autonomamente formata e scevra da costrizioni e condizionamenti esterni.



niente se non intervenire con ricovero ospedaliero soltanto in caso di urgenza, ad esempio se si fosse paventato un blocco renale”.

Tali dichiarazioni sono peraltro coerenti con quanto emerge dalla c.t.: i dottori infatti, hanno individuato – per la patologia da cui era affetta la persona offesa - una sopravvivenza dell’1-2% a 5 anni, con il 34% di pazienti vivi a 18 mesi dall’inizio della terapia [bibl. 3]: “Il microcitoma polmonare è una malattia curabile ma non guaribile. La chemioimmunoterapia [bibl. 2,3,8] consente di ottenere elevati tassi di riduzione della malattia, purtroppo di breve durata, e le terapie successive danno un beneficio minimo [bibl. 9]. Si conferma quindi il carattere di irreversibilità della patologia da cui era affetta la Sig.ra Elena ” (c.t. prof.ri , conclusioni)

Patologia “curabile ma non guaribile”, dunque; gli stessi cc.tt., tuttavia, hanno anche riconosciuto come il rifiuto di qualsiasi cura avrebbe portato ad un’aspettativa di vita quantificabile in pochi mesi.

Con riguardo alla posizione di , invece, la moglie,

anche lei assunta a s.i.t., ha riferito che “nella primavera del 2022 [la persona offesa] realizzava che nessuna cura avrebbe potuto aiutarlo a migliorare la sua condizione”. La patologia da cui era affetto , a differenza di quella che ha colpito , non porta però direttamente al decesso del paziente, ma al suo progressivo peggioramento fino al sopraggiungere della morte per cause correlate alla malattia stessa (esempio tipico, la polmonite *ab ingestis* dovuta alle difficoltà di deglutizione e le complicanze settiche); ciò è adeguatamente chiarito dalla consulenza della dottoressa che definisce la degenerazione corticobasale “una rara malattia neurodegenerativa non passibile di guarigione o miglioramento”, tale per cui “il trattamento rimane mirato al miglioramento dei sintomi, ma, nella migliore delle ipotesi, è scarsamente e solo temporaneamente efficace”. Ne deriva che “i sintomi progrediscono inesorabilmente fino al decesso con una storia naturale alquanto variabile tra i singoli pazienti. Alcuni studi scientifici hanno rilevato una sopravvivenza media compresa tra 5,5 e 7,9 anni con un range da 2 a 12,5 anni. La sopravvivenza più bassa



*si riscontra nei casi a rapida evoluzione degenerativa (come nel caso del Sig.)". -
neretto degli scriventi.*

Secondo la consulente, quindi, la prognosi - pur se non del tutto valutabile - era sicuramente infausta a breve termine, dal momento che la malattia era entrata nello stadio terminale.

Ad analoghe conclusioni giunge poi il consulente professor , nel suo elaborato, realizzato sulla base di un confronto approfondito con i *Past Presidents* della Società Europea di Terapia Intensiva (ESICM), sottoscritto da sedici su diciotto di questi. Con riguardo ad , egli afferma infatti che ella era affetta da una "malattia sistemica, non responsiva al trattamento, in progressione, con prognosi infausta a breve termine"; rispetto a Romano , invece, parla più genericamente di "malattia acuta non curabile".

B) Fonte di sofferenze fisiche o psichiche ritenute assolutamente insopportabili

Sotto questo profilo, sono determinanti le dichiarazioni rese dai familiari delle persone offese. Tanto . quanto , infatti, riferivano di come le condizioni di vita causate dalle rispettive patologie fossero intollerabili per entrambe le persone offese, in ragione delle intense sofferenze psichiche, prima ancora che fisiche, che la malattia cagionava loro.

In particolare, nell'assistere all'evolvere della propria patologia, aveva davanti agli occhi il decorso di patologie analoghe che avevano colpito alcuni suoi familiari stretti, cui aveva prestato assistenza nel corso della sua vita; in particolare, era assai colpita dall'eventualità che il naturale *exitus* della sua patologia sarebbe stata la morte per soffocamento - come emerge dalle s.i.t. rese dal marito in data 17.08.2022: "A.d.r. (...) Lei era rimasta molto turbata dall'assistenza che aveva prestato a suo padre, sua madre ed in particolare al fratello, quest'ultimo affetto da fibrosi polmonare. Aveva avuto una chiara rappresentazione di quanto fosse atroce morire per soffocamento. Ricordo che mi chiese come unico regalo (in cinquant'anni di matrimonio) di non contrastare la sua decisione e



di rispettarla. Tutto questo anche se io e mia figlia qualche volta cercavamo di farle vedere di altri casi affinché cambiasse idea”.

Le sofferenze fisiche cui la _____ andava incontro erano francamente difficilmente sopportabili. Oltre ai noti effetti collaterali della chemioterapia, per i quali si rimanda - a titolo meramente esemplificativo - ai referti del Dipartimento di oncologia dell’Ospedale di _____ (es. referti datati _____ e _____), vanno considerati, ovviamente, i dolori connessi al decorso della patologia sofferta. Sempre dalle s.i.t. del marito _____: *“Mia moglie non aveva supporto di macchinari a sostegno vitale. L’oncologa prospettava più che altro dei problemi a livello renale, quale un blocco che avrebbe previsto una cateterizzazione, unico mezzo che avrebbe potuto contrastare i dolori lancinanti che **nemmeno la morfina** avrebbe potuto controllare”* (neretto degli scriventi). In sostanza, una gabbia senza uscita: dolori non alleviabili nemmeno con la morfina, assenza di un supporto di trattamento vitale, e dunque condanna a soffrire. Il marito riferiva che la _____ non voleva essere “attaccata a macchinari”, non voleva essere cateterizzata né sottoposta a dialisi, e tale volontà, certamente meritevole di rispetto e presidiata tanto dall’art. 32 della Costituzione quanto dalla Legge 219/2017, la condannava a una sofferenza insostenibile.

Il blocco renale era peraltro imminente: come si legge nel referto ecografico del _____, *“i reni sono discretamente aumentati di dimensioni in particolare il sinistro conformato con doppio distretto calico-pielico; in entrambi i lati notevole aumento dello spessore parenchimale che presenta, maggiore ecogenicità con aspetti compatibili con nefropatia diffusa; **nel rene di sinistra il distretto inferiore è completamente occupato da formazione parenchimale del diametro maggiore di quasi 8 cm (possibile lesione espansiva)**”* (neretto degli scriventi).

Il successivo _____ la _____ scriverà alla clinica _____ sollecitando, non per la prima volta, la conclusione del processo di approvazione del suo fine vita. Dal carteggio con la clinica, prodotto dal marito ed allegato al verbale delle sue s.i.t. (all.to 47): *“Caro _____ lunedì ti ho inviato una mail dove ti chiedevo se ti fosse possibile darmi notizie sul percorso e soprattutto sui tempi del “processo di approvazione” per la mia MAV. Essendo giunti alla 4^ settimana ed essendo la mia situazione di giorno in giorno più insostenibile, puoi immaginare quanto sia*



importante per me avere notizie ed essere in qualche modo rassicurata che a breve l'inferno che sto vivendo avrà fine (...).

invece, era colpito dalla malattia in ogni forma di attività quotidiana, costretto ad una vita alla totale dipendenza assistenziale dei suoi familiari. A questa condizione - già fonte di acute sofferenze sul piano psichico - si sono poi aggiunte ulteriori sofferenze conseguenti all'intervento per la frattura al femore dell' _____, come riferito dalla moglie _____ (s.i.t. rese in data _____):
"La rottura del femore ha avuto - a mio parere - un impatto devastante sulla situazione involutiva del suo stato di salute fisico; non mentale però, perché con la testa è rimasto sempre lucido e ben conscio della propria situazione.

Contestualmente veniva attivata un'A.D.I., concretizzatasi nella presenza di una persona per la durata di un'ora, due volte la settimana, per l'effettuazione di fisioterapia. Quest'ultima, in particolare, si rivelava molto dolorosa e senza risultati apprezzabili. Inoltre si notava un peggioramento della disfagia con ristagno di saliva nel cavo orale.

I controlli post-operatori, da quel momento, avvenivano a mezzo di Ambu-taxi.

Naturalmente il decorso postoperatorio e l'arresto di ogni possibile accesso a cicli riabilitativi, il visibile peggioramento del proprio stato di salute procuravano in lui uno stato di prostrazione per la mancanza di qualsiasi prospettiva di cura. Anche per me era diventata una sofferenza insostenibile vederlo in quelle condizioni. A peggiorare ulteriormente il quadro nel _____ ? sia io che mio marito ci ammalavamo di COVID. Questo influiva in maniera determinato sullo stato neurologico e motorio di mio marito che a quel punto rimaneva allettato permanentemente. Ricorrevamo all'omogenizzato per lasciare almeno la possibilità di gustare il sapore del cibo" (...) "trovandosi in un corpo completamente paralizzato, aveva perso ogni stimolo verso tutto".



Dunque, appare evidente come la condizione clinica delle due persone offese fosse causa per loro di acute sofferenze, da loro stessi ritenute insopportabili.

D) Capacità di intendere e di volere

La condizione di piena capacità delle due persone offese emerge, ancora una volta, dalle dichiarazioni rese dai familiari e dalle cc.tt. effettuate per conto di questi Pubblici Ministeri. In particolare, di _____ il marito affermava che ella non assumeva neanche farmaci antidepressivi, che pure le erano stati prescritti; anzi, la persona offesa era preoccupata proprio della potenziale perdita di lucidità che le sarebbe derivata dal progredire della malattia qualora questa avesse raggiunto l'encefalo. La piena capacità della persona offesa emerge, inoltre, dall'elaborato consulenziale collegiale dei più volte citati cc.tt. del P.M. Professori _____ e _____

Con riguardo alla posizione di _____, la moglie affermava che egli "*lucidamente e cerebralmente partecipava alla vita familiare*", a conferma della sua piena capacità di discernimento. La consulente del P.M. dottoressa _____, poi, riporta quanto registrato sia in sede di rivalutazione neurologica il _____ sia nel diario di cure palliative domiciliari tra il _____ e il _____ secondo i sanitari che si erano rapportati con il sig. _____, egli era "*vigile, lucido, orientato su spazio e tempo*", nonché "*lucido, orientato, con funzioni psichiche e percezione sensoriale nella norma*".

Dunque, bisogna ritenere che entrambi i soggetti fossero pienamente capaci di intendere e di volere, e che il compimento dell'atto finale sia stato frutto di una loro libera e consapevole scelta.

E) Procedura di valutazione delle condizioni poste dalla Corte costituzionale

Come detto, oltre ai quattro criteri sostanziali, la Corte costituzionale ha anche individuato una procedura da seguire per la valutazione dei casi di potenziali candidati alla pratica di suicidio assistito, ricostruita sulla base della legge n. 219/2017. Ciò ha portato la dottrina ad inserire la fattispecie di non punibilità creata dalla Corte



nell'ambito della controversa figura delle "scriminanti procedurali"; ossia, di quelle fattispecie in cui l'elisione dell'antigiuridicità non discende solo da un bilanciamento tra interessi contrastanti operato dal legislatore - caratteristica tipica delle cause di giustificazione - ma dal fatto che tale bilanciamento sia operato anche in concreto sulla base di una procedura formalizzata che attesti la sussistenza del contro-interesse scriminante.

Questa caratteristica della causa di giustificazione in questione, però, nel caso in esame deve essere riletta alla luce del luogo in cui l'atto finale - quello da cui dipende l'intera rilevanza penale della vicenda - ha avuto luogo; è evidente, infatti, che il fatto che il suicidio si sia verificato all'estero, così come tutta la procedura di aiuto medicalizzato, rende inapplicabile la normativa italiana. Non a caso la stessa Corte Costituzionale, nella sentenza n. 242/2019, ha riconosciuto la possibilità di ritenere operante la scriminante anche quando siano adottate modalità *equivalenti* di accertamento delle condizioni e della volontà del soggetto.

La Corte, per la verità, ha riferito espressamente tale equivalenza alle sole ipotesi di fatti pregressi rispetto alla pubblicazione della sentenza; tuttavia, appare evidente come tale principio debba raccordarsi con l'applicazione *ratione loci* della legge n. 219/2017.

Nel caso di specie, infatti, occorre considerare il fatto che le condotte commesse in Italia sono "neutre", dal punto di vista dell'agevolazione del suicidio, e si possono ricondurre all'art. 580 c.p. solo alla luce delle ulteriori condotte tenute da soggetti stranieri in territorio elvetico; dunque, a tali condotte non può certamente applicarsi la normativa italiana in materia di consenso informato.

La strada che appare più corretta, dunque, appare quella di ricorrere alla clausola di equivalenza posta dalla Corte costituzionale; la condotta posta in essere all'estero, in altre parole, è scriminata a norma della fattispecie elaborata dalla Consulta ove nel verificare le condizioni del paziente e l'integrità della sua volontà si siano seguite procedure analoghe a quelle previste dalla legge n. 219 del 2017, in grado di assicurare il medesimo livello di tutela alla persona coinvolta.



Questi Pubblici Ministeri ritengono che tale parametro sia rispettato nel caso di specie. La normativa elvetica in materia, infatti, è già stata ritenuta più volte idonea a garantire un adeguato livello di tutela al malato che richiede l'accesso alle procedure di suicidio assistito (basti considerare la sentenza della Corte d'Assise di Milano del 23.12.2019-30.01.2020, n. 8 e la sentenza della Corte d'Assise d'Appello di Genova del 28.4.2021-20.5.2021, n. 1). Peraltro, l'idoneità della disciplina elvetica a garantire i diritti fondamentali dei soggetti coinvolti è stata riconosciuta anche dalla Corte europea dei diritti umani in svariate occasioni (Corte e.d.u., sent. 20.1.2011, *Haas c. Svizzera*; Corte e.d.u., sent. 14.5.2013, *Gross c. Svizzera*, in cui la Corte evidenzia anzi come l'incertezza dei confini entro cui è consentito accedere a pratiche di morte assistita finisca per tradursi in una lesione del diritto garantito dall'art. 8 CEDU – posto a tutela del diritto al «rispetto della propria vita privata e familiare» - dei soggetti che aspirano a farvi ricorso).

Se, dunque, la normativa elvetica certamente garantisce un adeguato *standard* di tutela della vita umana, nel caso di specie le risultanze istruttorie consentono di affermare con certezza che non vi siano state condotte difformi da quelle previste da detta disciplina. Pertanto, anche il requisito "procedurale" posto dalla Corte costituzionale appare rispettato.

Per maggiore chiarezza si riportano i passaggi che devono essere seguiti per accedere all'accompagnamento alla morte volontaria presso la clinica _____ - individuata e scelta dal signor _____ - rappresentando che appaiono congruenti a quelli della struttura _____ scelta dalla signora _____ :

la procedura inizia con una domanda presentata direttamente alla struttura corredata dai seguenti documenti:

- una lettera personale con richiesta di accompagnamento in cui si spiegano le ragioni della decisione, l'attuale stato di salute e come si vive la situazione;
- un resoconto a grandi linee della propria vita e situazione familiare;



- almeno un rapporto medico recente (non deve cioè risalire a più di tre mesi prima) e, se disponibili, due o tre rapporti medici precedenti con informazioni sull'anamnesi, la diagnosi, e se possibile la prognosi e i trattamenti previsti.

Una volta ricevuta la richiesta completa questa viene elaborata dall'associazione ed inviata per una perizia ad uno dei medici che collaborano con la stessa.

Se il medico coinvolto, sulla base della documentazione prodotta, acconsente ad un accompagnamento alla morte volontaria, la struttura emette la c.d. "luce verde provvisoria" al richiedente che, se risulterà ancora interessato, contatterà l'associazione per concordare le tappe successive. La "luce verde" è infatti solo un'approvazione temporanea del medico: sarà indispensabile per un'approvazione definitiva un consulto personale con il medico che collabora con la struttura, che consisterà in due colloqui dettagliati. Solo all'esito di questi il medico darà l'approvazione definitiva e prescriverà il farmaco necessario. Il trapasso - il cui momento verrà deciso dal richiedente - dovrà avvenire necessariamente in Svizzera.

Per assistere ed accompagnare il paziente nelle sue ultime volontà devono essere presenti due persone in veste di testimoni, preferibilmente persone vicine o famigliari. Il farmaco utilizzato è il pentobarbital di sodio, un narcotico che procura coma profondo ed in tempi brevissimi la morte. Chi non può alimentarsi può assumere il prodotto in endovena (predisposta in precedenza). Ai fini del rispetto della normativa penale Svizzera è fondamentale che sia lo stesso malato a compiere l'ultimo atto. Se ciò non fosse possibile, la procedura andrebbe sospesa perché si sconfinerebbe nella pratica dell'eutanasia attiva considerata reato anche in Svizzera.

E'fondamentale rammentare che sia _____ che _____ hanno autonomamente attivato i meccanismi per l'inoculazione del farmaco. In entrambi i casi il trasporto dei malati è intervenuto sussistendo tutti i requisiti della legge svizzera.

**Il criterio del trattamento di sostegno vitale in atto.**

Resta da analizzare il requisito richiesto dalla Corte *sub c)*, ossia il fatto che il malato fosse tenuto in vita a mezzo di "trattamenti di sostegno vitale". Trattasi di una circostanza la cui necessità trova origine, con tutta evidenza, dal caso da cui è scaturita la sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019: quel procedimento, si ricorda, riguardava un soggetto affetto da tetraplegia che necessitava, per la sopravvivenza, di ausilio alla respirazione mediante ventilazione artificiale. Si trattava, per molti aspetti, di una situazione simile a quella che aveva visto coinvolti altri soggetti che hanno portato ad importanti pronunce nel campo del fine-vita, come Piergiorgio Welby ed Eluana Englaro.

Tra le circostanze in presenza delle quali la Corte Costituzionale ha ritenuto parzialmente incostituzionale la disposizione di cui all'art. 580 c.p., quella relativa alla necessaria sottoposizione a "trattamenti di sostegno vitale" è senz'altro la più problematica in relazione al caso in esame.

Infatti, nonostante le due persone offese di cui al presente procedimento fossero affette da patologie gravissime ed altamente invalidanti - come sopra evidenziato -, le loro funzioni vitali si esplicavano autonomamente.

Ribadito che la ritenuta necessaria presenza di tale circostanza discende dal caso in concreto sottoposto alla Corte nel 2018, gli scriventi hanno ritenuto necessario delineare con la minore approssimazione possibile *la nozione* di "trattamenti di sostegno vitale", al fine di meglio comprendere quali situazioni - e dunque quali condotte - possano dirsi ricomprese nel *dictum* della Corte. In secondo luogo, si è ritenuto necessario accertare se - e nel caso quando - le due persone offese di cui al presente procedimento *sarebbero state sottoposte* a trattamenti di sostegno vitale. In caso affermativo, la domanda che sarebbe doveroso porsi, e se del caso porre alla Corte delle leggi, è se sia necessario attendere quel momento, quella condizione, ossia l'intervenuta dipendenza dalle "macchine", da molti aborrita - certamente dai sig.ri _____ e _____, come attestato dalle persone informate sui fatti e dalla documentazione clinica - in quanto percepita come non dignitosa, per poter accedere al c.d. suicidio assistito; ovvero se, all'opposto, la necessità



dell'attesa di tale condizione non porti ad un'intollerabile disparità di trattamento tra chi, lucido, cosciente, affetto da una malattia certamente inguaribile ed afflitto da sofferenze intollerabili, non possa adire al fine vita, rispetto a chi invece possa liberamente compiere tale scelta, unicamente per il fatto di dipendere da un trattamento di sostegno vitale.

Al duplice fine di delineare una nozione di "trattamento di sostegno vitale" ed accertare se la relativa applicazione sarebbe stata necessaria per le due persone offese, questi Pubblici Ministeri hanno ritenuto di richiedere la consulenza del professor

., luminare di fama mondiale nel campo della rianimazione, il quale ha allegato all'elaborato consulenziale, a sostegno delle relative conclusioni, un documento frutto di un *consensus* tra i maggiori esponenti della medicina d'urgenza nel panorama europeo.

È noto, infatti, come la Corte costituzionale abbia fatto riferimento ad un concetto che non ha definizione giuridica espressa, non sussistendo nell'ordinamento una nozione legislativa di "trattamento di sostegno vitale"; pertanto, per ricostruire il significato da attribuire a tale concetto (in senso giuridico) non si può che partire dal significato che esso assume (in senso tecnico) nella scienza medica, per valutare con maggiore coscienza se la nozione giuridica debba o meno coincidere con quella medico-scientifica.

Non a caso, in giurisprudenza, si sono già registrati casi di interpretazione assai lata del concetto, fino al punto di includervi "*qualsiasi trattamento sanitario interrompendo il quale si verificherebbe la morte del malato anche in maniera non rapida*" (Corte d'Assise di Massa, sentenza 27.7.2020, n. 1, §15.2). Il ragionamento dei giudici toscani si è mosso proprio nel solco della sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale: la Consulta, infatti, ha ancorato il perimetro della nuova causa di esclusione della punibilità alla equivalenza con le ipotesi in cui un soggetto potrebbe, rinunciando alle cure, lasciarsi morire. Pertanto, il concetto di "trattamento di sostegno vitale" non può che coincidere con tutti quei trattamenti sanitari la cui interruzione porterebbe, anche a lungo termine, alla morte del paziente.



Tale impostazione è stata confermata dalla Corte d'Assise d'Appello di Genova, nella già citata sentenza n. 1/2021; in essa si legge, infatti, come la persona offesa era *"sottoposta a trattamento terapeutico indispensabile per la sopravvivenza. Tale requisito è stato provato durante l'istruttoria dibattimentale di primo grado, perché è emersa la certezza che [egli] assumeva farmaci di significato vitale, senza i quali non sarebbe sopravvissuto"*. Dunque, il concetto di *"trattamento di sostegno vitale"*, in questa impostazione, coincide con quello di *"farmaco di significato vitale"*.

La medesima impostazione è stata fatta propria dalla Procura della Repubblica di Bologna che, nel richiedere l'archiviazione per gli imputati del procedimento n. 1976/2023 RGNR, ha aderito alla medesima interpretazione. In particolare, la Procura bolognese ha ritenuto che tale interpretazione non sia solamente corretta, ma anche costituzionalmente doverosa alla luce dell'esigenza di evitare irragionevoli disparità di trattamento (art. 3 Cost.) e di garantire il *"pieno dispiegarsi del diritto alla manifestazione della personalità"* (art. 2 Cost.). Pur non trattandosi di un precedente giurisprudenziale, la richiesta di archiviazione in parola appare degna di nota in ragione del fatto che segna un approccio condivisibile al tema dell'applicazione concreta della pronuncia della Corte costituzionale.

La consulenza tecnica conferita da questi Pubblici Ministeri fornisce una definizione di *"supporto vitale"* ed individua i casi in cui tale trattamento non è necessario in quanto *futile* e/o espressivo di *accanimento terapeutico*; il citato *consensus* internazionale dei massimi esperti di medicina d'urgenza, infatti, considera come *"supporto vitale"* solo quegli interventi non curativi necessari al mantenimento in vita del paziente la cui eliminazione porterebbe alla morte del paziente in un tempo relativamente breve (quale è il caso dei presidi di alimentazione e idratazione artificiali) nonché le forme di supporto vitale che si traducono nella sostituzione artificiale di alcune funzioni organiche (ventilazione meccanica; supporto per gli scambi gassosi; supporto alle funzioni renali, cardiache o epatiche). Il consulente, infatti, afferma che *"per supporto vitale si intende*

lp R



l'insieme di tecniche (in continua evoluzione) che vicariano funzioni d'organo compromesse. In loro assenza la vita non può essere mantenuta."

In modo schematico, quindi, si potrebbe dire che ai fini della scienza medica sono "trattamenti di supporto vitale" quegli interventi che:

- a. Non hanno funzione curativa, ma di sostituzione transitoria o permanente di una funzione d'organo compromessa, allo scopo di mantenere in vita il paziente;
- b. Si trovano in rapporto diretto con il mantenimento in vita del paziente stesso, nel senso che la sospensione del trattamento determina necessariamente la morte del paziente in un tempo più o meno lungo.

Essi sono praticati e praticabili solamente per guadagnare tempo in presenza di una condizione potenzialmente reversibile o per mantenere in vita un paziente affetto da una patologia irreversibile. Al contrario, tali interventi non sono praticati né praticabili quando, sulla base di una considerazione squisitamente medica, si appalesino inutili, futili e come tali qualificabili come "accanimento terapeutico" ai sensi dell'art. 2, comma 2, legge n. 219/2017.

Tale ipotesi, a detta del consulente, ricorre quando il corpo del paziente sia ancora in grado di funzionare autonomamente, senza bisogno di aiuti esterni, oppure, all'opposto, si sia in presenza di condizioni pre-terminali in cui la riduzione delle funzioni d'organo è la normale circostanza che precede il decesso. In queste ipotesi, da un punto di vista medico, tali interventi non vengono normalmente neanche attivati; è possibile, poi, che si verifichi un terzo scenario: a seguito dell'attivazione del trattamento di supporto vitale, le condizioni del paziente evolvono in modo da rendere evidente una prognosi sfavorevole, ragione per cui il mantenimento del trattamento si trasforma - da strumento terapeutico volto a consentire un ripristino di funzionalità compromesse - in una forma di accanimento che prolunga l'ultima agonia.

Proprio questi limiti di utilità dei trattamenti di supporto vitale - che si traducono in limiti alla praticabilità degli stessi, alla luce dell'art. 2, comma 2, legge 219/2017 -



inducono il consulente a concludere che *“il supporto vitale non è un passo obbligato fra la vita e la morte”*, principio su cui *“larchissima parte della comunità medica, clinica e scientifica è concorde”*.

Il richiamo alla legge n. 219/2017 appare tutt'altro che irrilevante. Come più volte detto, infatti, la Corte costituzionale, nel dichiarare l'incostituzionalità dell'art. 580 c.p., ha utilizzato tale legge come una sorta di *tertium comparationis*, o quantomeno come punto di emersione del riconoscimento normativo dell'autodeterminazione individuale anche rispetto alla vita umana. Come abbiamo sopra evidenziato, però, tale legge non pone alcun vincolo o limite al diritto di rifiutare qualsiasi forma di trattamento terapeutico; al contrario, vieta di iniziare un trattamento o di proseguirne uno già in atto quando si traduca in una *“ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure”* o in *“trattamenti inutili o sproporzionati”* (art. 2, comma 2). Si tratta di una norma che in una certa misura pare avere copertura costituzionale, in quanto una condotta di segno opposto si tradurrebbe in una lesione del diritto alla salute (art. 32 Cost.) e della dignità (art. 2 Cost.) dell'individuo.

Ora, come detto, la *ratio decidendi* della Corte costituzionale nel dichiarare la parziale incostituzionalità dell'art. 580 c.p. sembra essere stata proprio il raffronto tra gli spazi che l'ordinamento concede alla rinuncia alle cure (con esito letale) e quelli - all'epoca del tutto assenti - di possibile rinuncia alla vita per mezzo di una condotta direttamente causativa del decesso. In altre parole, e per richiamare nuovamente l'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale, l'aiuto al suicidio deve essere consentito in quei casi in cui *“la decisione di lasciarsi morire potrebbe essere già presa dal malato, sulla base della legislazione vigente, con effetti vincolanti nei confronti dei terzi, a mezzo della richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto e di contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua”*, ossia in quelle *“ipotesi nelle quali l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare”* (§8 del considerato in diritto).

48



In dottrina si è evidenziato come, operando una lettura restrittiva di quanto statuito dalla Corte, la sentenza n. 242/2019 avrebbe finito per riconoscere una mera *“diversa modalità di attuazione”* del già esistente diritto di congedarsi dalla vita mediante la rinuncia alle cure.

In conclusione al passaggio argomentativo sopra citato, la Corte evidenzia che la scelta di interrompere le terapie, con eventuale sedazione profonda continua, *“innesca un processo di indebolimento delle funzioni organiche il cui esito – non necessariamente rapido – è la morte”*. E d'altra parte, la Corte, nel dichiarare l'incostituzionalità dell'art. 580 c.p. ha in mente proprio quelle situazioni in cui *“il paziente, per congedarsi dalla vita, è costretto a subire un processo più lento e più carico di sofferenze per le persone che gli sono care”*.

Dunque, nel ricostruire il perimetro del concetto di *“trattamento di sostegno vitale”* non si può non tenere conto delle indicazioni fornite dalla Consulta, raffrontandole con la definizione medica fornita dal consulente prof.

Un primo elemento, di segno negativo, concerne la dimensione temporale. È irrilevante, infatti, il lasso di tempo che intercorrerebbe tra l'interruzione del trattamento e la morte del paziente; i consulenti fanno infatti riferimento all'ipotesi di interruzione dell'alimentazione artificiale mediante sondino, che porta alla morte anche in 60 giorni, se non vi sono altre complicanze nel mentre. Allo stesso scenario fa riferimento anche la Consulta, che parla espressamente di interruzione dell'alimentazione artificiale come ipotesi di trattamento di sostegno vitale la cui sospensione può essere *“sostituita”* dall'accesso a pratiche di suicidio assistito.

Un secondo elemento, di segno positivo, concerne la causalità intercorrente tra sospensione del trattamento e morte del paziente. Tanto il c.t. prof. quanto la Corte, infatti, sembrano postulare un collegamento eziologico di questo tipo; in altre parole, rientra nella nozione solo quel trattamento che si pone in relazione diretta con la sopravvivenza del paziente, nel senso che la sua eliminazione porta – in base ad un



giudizio prognostico - con ragionevole certezza alla morte dello stesso per via della patologia che il trattamento stesso mirava a tenere sotto controllo.

La finalità curativa o meno del trattamento in atto non ha rilevanza, **se non** nella misura in cui questo faccia conservare al malato una qualche *chance* di guarigione. La Corte, infatti, nel configurare una "*diversa modalità di attuazione*" del diritto alla rinuncia alle cure, fissa il limite di liceità di tale rinuncia nella presenza di una patologia irreversibile: ciò appare del tutto razionale e coerente con le premesse argomentative della Corte stessa.

Il suicidio assistito, infatti, **lungi dal tradursi in una indiscriminata prevalenza dell'autodeterminazione individuale sulle esigenze di tutela della vita - nel rispetto del principio solidaristico della Carta -**, rappresenta l'estrema risorsa del soggetto che, consapevole di andare incontro a morte certa in un tempo più o meno breve per causa della patologia in corso, ha la possibilità di autodeterminarsi in merito al decorso di tale malattia scegliendo tra le varie opzioni che l'ordinamento gli riconosce. In particolare, in quella triste situazione, il soggetto ha la possibilità di scegliere tra il perseguimento di ogni possibile trattamento medico -allo scopo di allungare al più possibile la propria esistenza-, la rinuncia alle cure - accettando il più rapido evolvere della malattia o del più o meno immediato sopraggiungere della morte- e il ricorso al suicidio assistito come strumento per darsi la morte in modo rapido e indolore nel momento in cui egli lo ritiene più coerente con il proprio concetto di dignità umana.

Al contrario, il soggetto che - pur malato - non si trovi in condizioni di patologia irreversibile, ben potendo negare il proprio consenso a qualsiasi forma di trattamento sanitario ai sensi dell'art. 32, comma 2, Cost. e della legge n. 219/2017, non può ricorrere a pratiche di suicidio assistito; questa limitazione appare coerente proprio perché finché vi è una *chance* di guarigione, il soggetto non affronta la prospettiva certa della propria morte, preceduta da un periodo più o meno lungo di decadimento fisico.

Del tutto irragionevole - e dunque discriminatoria - appare invece la distinzione tra soggetti che, affetti da patologie certamente inguaribili, per rimanere in vita necessitano

64



(anche) di trattamenti di sostegno vitale e soggetti che necessitano, allo stato, solo di trattamenti terapeutici, e per i quali i mezzi di sostegno vitale siano soltanto prossimi.

Si ha, infatti, in questa ipotesi una irragionevole discriminazione tra soggetti in posizioni del tutto analoghe: entrambi gli appartenenti a queste due categorie di individui, infatti, si trovano nella prospettiva sopra descritta e valorizzata dalla Corte costituzionale come fondamento di legittimità del ricorso al suicidio assistito. Si tratta di soggetti che affrontano con certezza la prospettiva della loro morte, più o meno imminente, preceduta da un periodo più o meno lungo di decadimento fisico, accompagnato spesso da acute sofferenze fisiche.

La differenza del trattamento cui sono sottoposti, invece, o la non ancora attuale - benché certa e prossima - sottoposizione a trattamenti di sostegno vitale - sono fattori del tutto accidentali, che dipendono dal tipo di patologia da cui il soggetto è affetto. Differenziare tra malati terminali che possono accedere a pratiche di suicidio assistito in base a questo criterio, dunque, appare del tutto irragionevole e, pertanto, contrario all'art. 3 Cost.

Come evidenziato dalla consulenza del professor _____, infatti, le persone offese al cui suicidio l'odierno indagato ha contribuito causalmente non erano e non avrebbero potuto essere sottoposte a trattamenti di supporto vitale senza che ciò sfociasse in una forma di accanimento terapeutico - contrario, si noti, all'art. 2 della legge n. 219/2017. Entrambi, però, erano soggetti in condizioni di patologie irreversibili, fonte di sofferenza fisica e psichica, destinata ad esitare in un tempo più o meno breve nella morte, rispetto alla quale gli eventuali trattamenti medici avrebbero potuto porsi unicamente come rallentamento e non anche come impedimento.

_____, come attesta la c.t. dott.ssa _____, avrebbe presto dovuto sottoporsi a PEG, trattamento di supporto invasivo, comportante rischi ed effetti collaterali, ed aveva legittimamente deciso di non sottoporvisi. Scrive la c.t.: *"come già suggeritogli, avrebbe avuto bisogno di ricorrere ad un presidio per l'alimentazione forzata (PEG) al fine di evitare il*



rischio quotidiano di polmonite *ab ingestis*, va detto, tuttavia, che il ricorso alla PEG avrebbe incrementato altri rischi, di natura infettiva (infezione cutanea fino all'ascesso e alla necrosi, più raramente peritonite o perforazione intestinale) e meccanica (ostruzione), legati alla presenza della stomia. In aggiunta, il posizionamento di una PEG avviene attraverso l'esecuzione di una esofagogastroduodenoscopia, quindi di una manovra invasiva, e, di regola, tale procedura va rinnovata annualmente per la sostituzione del tubicino. La procedura di somministrazione dei nutrienti è delicata per chi la pratica e debilitante per chi la subisce, i nutrienti devono essere inseriti a temperatura ambiente rispettando la massima igiene e previo controllo (mediante aspirazione) della presenza o meno di residuo gastrico (la cui presenza preclude la possibilità di somministrare i nutrienti, quando capita, bisogna ritardarne la somministrazione). Il Sig edotto al riguardo, aveva deciso di non ricorrere a tale presidio".

Per di più, tale trattamento, afferma il c.t. prof. _____, sarebbe stato futile: "È importante sottolineare che, dato il continuo peggioramento e l'irreversibilità della malattia, l'unico supporto vitale ipotizzabile in questo caso, cioè la nutrizione artificiale, non era necessario, come peraltro dimostrato dal decorso clinico, e quindi futile. Tale trattamento veniva peraltro fermamente rifiutato dal sig. _____ stesso, come dichiarato dalla moglie, _____, in data _____

"[...] Lui si opponeva fermamente all'idea della prospettazione a breve dell'ausilio di presidi quali ad esempio la PEG (alimentazione forzata)."

Per _____, scrive il c.t. _____ che "i supporti vitali ipotizzabili in futuro e discussi dalla sig.ra _____ con i curanti avrebbero potuto essere due:

1. Supporto della funzione renale, dato che questa, attualmente sufficiente, sarebbe probabilmente peggiorata fino ad insufficienza grave, data la presenza di metastasi e altre alterazioni anatomiche, legate probabilmente allo stato infiammatorio indotto dal tumore.
2. Supporto respiratorio mediante ventilatore meccanico, unicamente ipotizzato per permettere una sedazione profonda, che avrebbe comportato comunque perdita di coscienza, di capacità di intendere e di capacità di volere.

La li



In entrambi i casi (peraltro unicamente ipotizzabili), il supporto vitale, in accordo con quanto precedentemente discusso, sarebbe pienamente rientrato nella categoria di futilità, configurandosi unicamente come accanimento terapeutico. Non avrebbe infatti avuto altro effetto che prolungare l'agonia in una malattia irreversibile, non curabile, senza possibilità di recupero" (neretto degli scriventi).

Una volta divenuta necessaria la sottoposizione a trattamenti di sostegno vitale, Sia
sia avrebbero rifiutato di sottoporvisi, com'era loro diritto fare, e sarebbero deceduti in un lasso di tempo non brevissimo, in una condizione da essi stessi non ritenuta dignitosa e causativa di ulteriori sofferenze ai rispettivi familiari.

Questi Pubblici Ministeri ritengono che l'unica definizione possibile di "trattamenti di sostegno vitale" coerente con l'argomentazione fornita dalla Corte Costituzionale e con i principi posti dalla Carta sia quella che qualifica come tale "ciascun trattamento sanitario, di qualunque tipo, avente finalità terapeutica diretta al rallentamento di una patologia comunque irreversibile o di surrogazione di funzioni d'organo compromesse, la cui sospensione o la cui mancata attivazione porti con alta probabilità alla morte del paziente per via della patologia in atto in modo più rapido di quello che si avrebbe ove fossero mantenuti o praticati".

Si tratta, peraltro, di definizione già accolta dalla giurisprudenza di merito, nel caso che ha visto coinvolto
insieme ad un altro soggetto, nell'aiuto al suicidio di
su cui si è pronunciata dapprima la Corte d'Assise di Massa e quindi la Corte d'Assise d'Appello di Genova, con le sentenze già sopra citate.

Adottare questa definizione, oltre a garantire il rispetto della *ratio decidendi* della sentenza n. 242/2019 e dell'art. 3 Cost., consente di far mantenere al criterio una capacità selettiva, in quanto non tutti i malati affetti da patologie irreversibili sono sottoposti a trattamenti sanitari di questo tipo; si pensi, per citare alcuni casi cui ha fatto riferimento



il consulente tecnico, ai pazienti affetti da ipertensione o da diabete, malattie di cui ad oggi non è possibile fornire una cura ma che non sono destinate ad evitare necessariamente nel decesso del paziente, neanche nel caso di sospensione dei trattamenti sanitari preposti al loro controllo. Né, a parere degli scriventi, tale ricostruzione appare in contrasto con la sentenza n. 50/2022 della Corte Costituzionale: in quella ipotesi, infatti, come già cennato la Consulta, nell'individuare il limite di compatibilità costituzionale di un'eventuale liceizzazione di pratiche di omicidio del consenziente, fa riferimento al solo requisito della presenza di "malattie gravi e irreversibili", non citando in alcun modo quello della presenza di trattamenti di sostegno vitale (§3.2. del Considerato in diritto).

Conclusioni

In conclusione, a parere degli scriventi, una lettura costituzionalmente orientata dell'art. 580 c.p., alla luce del disposto degli artt. 2 e 32 della Carta, della sentenza n. 242/2019 Corte Cost. e del dettato della legge n. 219/2017, impone di ritenere che rientrino nell'ambito di non punibilità delineato dalla Corte anche i casi in cui - in presenza di tutti gli ulteriori requisiti - il paziente non sia tenuto in vita per mezzo di trattamenti di sostegno vitale, in quanto egli stesso rifiuti trattamenti che - sì - rallenterebbero il processo patologico e ritarderebbero la morte senza poterla impedire, ma sarebbero *futili* o espressivi di *accanimento terapeutico* secondo la scienza medica, non dignitosi secondo la percezione del malato, e forieri di ulteriori sofferenze per coloro che lo accudiscono.

Anche in tali casi, dovrebbe ritenersi che il soggetto che - come _____ nei casi in esame - agevoli il suicidio di una persona affetta da malattia irreversibile e che provochi estrema sofferenza, che coscientemente e lucidamente abbia deciso di porre fine alla propria vita, e che rifiuti di sottoporsi a trattamenti di sostegno vitale futili, esercitando un diritto garantitogli dall'art. 32 Cost. e dalla legge n. 219/2007, **non violi**



il bene giuridico protetto dall'art. 580 c.p., **ma anzi consenta il concreto esercizio del diritto all'autodeterminazione** così come sopra delineato e positivamente presidiato, nei casi in cui il titolare del diritto non sia in grado di esercitarlo autonomamente.

Questi Pubblici Ministeri ritengono dunque che il presente procedimento debba essere archiviato in quanto la condotta dell'imputato appare riconducibile alla fattispecie di non punibilità enucleata dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 242/2019.

, infatti, ha aiutato a suicidarsi due soggetti, entrambi affetti da patologie irreversibili e destinate ad esitare con certezza nella morte degli stessi in tempo relativamente breve, fonte per loro di sofferenze psicologiche e fisiche insopportabili. Entrambi i soggetti, poi, erano capaci di intendere e di volere. È certo, inoltre, che il suicidio assistito delle persone offese sia avvenuto nel rispetto di procedure equivalenti a quelle di cui alla legge 219/2017, in conformità alla legge del luogo ove il suicidio si è verificato.

Le persone offese in questione, infine, avevano rifiutato la prossima sottoposizione a "trattamenti di sostegno vitale" che potevano scientificamente definirsi come espressione di accanimento terapeutico.

Gli scriventi ritengono, infine, che se il Giudice non ritenesse possibile accogliere l'interpretazione proposta - per cui alla sottoposizione a trattamenti di sostegno vitale debba assimilarsi il rifiuto di sottoporvisi qualora gli stessi siano futili, espressivi di accanimento terapeutico e forieri di ulteriori sofferenze per il malato e coloro che lo accudiscono -, l'unica strada praticabile rimarrebbe quella di rimettere nuovamente gli atti alla Corte costituzionale perché si pronunci sul contrasto - rilevante e non manifestamente infondato - tra il requisito *sub C* inteso in senso restrittivo e il parametro di cui all'art. 3 Cost.

RITENUTA

quindi l'infondatezza della notizia di reato in quanto gli elementi acquisiti nelle indagini preliminari non appaiono idonei a formulare una ragionevole prognosi di condanna



visti gli artt. 408/411 c.p.p., 125 D.Lv. 271/89

CHIEDONO

che il Giudice per le indagini preliminari in sede voglia disporre l'archiviazione del procedimento e ordinare la conseguente restituzione degli atti al proprio ufficio

Milano, 15 settembre 2023

IL PROCURATORE DELLA REPUBBLICA

Tiziana SICILIANO - Agg.

Luca GAGLIO - Sost.

