

## Gianluca Gentile

### Riflessioni *de iure condendo* sulle questioni relative alla fine della vita

#### 1. La qualificazione del suicidio

Preliminarmente mi sembra opportuno domandarsi se l'art. 580 c.p., che non incrimina il suicidio consumato o tentato ma solo condotte ad esso accessorie, sottintenda o meno un giudizio di disvalore nei confronti dell'atto di togliersi la vita. In dottrina si possono schematicamente individuare: *a)* la tesi dell'illiceità strutturale del suicidio in quanto comportamento che contraddice gli obblighi solidaristici prescritti dall'art. 2 Cost. e contrasta con l'intangibilità del bene della vita; *b)* la tesi del diritto al suicidio *ex art.* 2 Cost., e quindi dell'incostituzionalità dell'art. 580 c.p. laddove incrimina l'aiuto al suicidio; *c)* in posizione intermedia, la tesi che qualifica il suicidio nei termini di termini di libertà negativa, inidonea a fondare una pretesa nei confronti di terzi.

La tesi dell'illiceità, che ha trovato riscontro in giurisprudenza quando si è trattato di negare che il proposito di suicidarsi sia un «giustificato motivo» per portare un'arma fuori dalla propria abitazione (Cass., Sez. I, 9 maggio 2013, n. 33244), deve oggi confrontarsi con la giurisprudenza di Strasburgo (*infra*, § 3), secondo cui il suicidio consapevole rientra nella sfera di tutela dell'art. 8 Cedu.

In ogni caso resta aperta la questione della liceità di un intervento impeditivo dell'altrui suicidio, potendosi porre in dubbio che la scelta di uccidersi sia consapevole o non nasconda piuttosto una richiesta di aiuto e di sostegno. A parte il caso in cui si configura una posizione di garanzia (ad es., il medico psichiatra nei confronti del paziente autolesionista), un dovere di intervento è ricavato dall'art. 593, comma 2, c.p., sull'assunto che la situazione di pericolo da fronteggiare può anche dipendere da un atto volontario del soggetto passivo. Tale dovere verrebbe meno solo in caso di rifiuto da parte dell'aspirante suicida cosciente, con la precisazione che in caso di dubbio sulla validità del dissenso sarebbe comunque preferibile prestare l'assistenza occorrente. È generalmente riconosciuta la facoltà (non l'obbligo) di impedire l'altrui suicidio anche in caso di dissenso del suicida ai sensi dell'art. 52 c.p. (se si qualifica il suicidio in termini di offesa ingiusta) o dell'art. 54 c.p.

A livello comparatistico vanno menzionati i Progetti alternativi tedeschi sull'aiuto al suicidio. Nell'AE-*Sterbehilfe* 1986 si proponeva l'introduzione del § 215, Omesso impedimento del suicidio, ai sensi del quale

1. Chi omette di impedire il suicidio di un altro non agisce antigiusuridicamente se il suicidio si fonda su una decisione libera, responsabile, espressamente manifestata dal suicida o comunque riconoscibile come tale sulla base delle circostanze di fatto.

2. Una tale decisione non può essere accolta se il suicida non ha ancora diciotto anni o se la deliberazione della volontà (*Willensbestimmung*) è limitata ai sensi dei §§ 20 e 21».

L'AE-*Sterbebegleitung* 2005 ha ripreso questa formulazione specificando che è lecito anche l'omesso salvataggio, in modo da chiarire che non sussistono obblighi di salvataggio in caso di suicidio consapevole. Il punto di riferimento dell'AE 2005 è il caso Wittig (BGHSt 32, 367 ss.), un medico che aveva trovata incosciente, ma ancora in vita, una propria paziente avvelenatasi con i barbiturici: Wittig non eseguì nessuna terapia rianimatoria perché la paziente recava in mano un messaggio a lui diretto in cui ribadiva la propria volontà di morire. È interessante notare che parte della nostra dottrina configura in casi del genere un obbligo di salvataggio, sull'assunto che in caso di perdita di coscienza verrebbe meno l'attualità della volontà suicida e subentrerebbe il principio *in dubio pro vita*.

## **2. La nozione di morte**

Un'altra questione preliminare riguarda la nozione di morte. L'art. 1, l. 29.12.1993, n. 578, ai sensi della quale «La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo», accoglie la nozione di morte cerebrale proposta dalla Commissione di Harvard nel 1968 in sostituzione della precedente nozione di morte cardiorespiratoria, secondo la quale la morte si identificava con la cessazione del c.d. tripode vitale (cervello => polmoni => cuore). Da parte sua, la Corte costituzionale ha ritenuto la l. 578/1993 in linea con la Costituzione, osservando che la determinazione del momento della morte è una questione non solo biologica, ma anche valutativa (Corte cost., 27 luglio 1995, n. 414).

A livello bioetico va segnalato l'importante parere del Comitato nazionale di Bioetica su *I criteri di accertamento della morte* (24 giugno 2010) che ha difeso la nozione della morte cerebrale, specificando che essa si riferisce sia alla cessazione di tutte le funzioni dell'encefalo (ossia il modello di morte cerebrale totale adottato in Italia e in tanti altri Paesi occidentali), sia alla distruzione delle funzioni del tronco encefalico (ossia al modello adottato in Gran Bretagna); ha altresì ritenuto clinicamente valido il tradizionale criterio della morte cardiorespiratoria, ponendo l'accento sulla necessità di non abbreviare i tempi di osservazione per aumentare la platea di potenziali donatori d'organo; ha invece ritenuto inaccettabile il criterio della morte corticale (ossia della cessazione delle sole funzioni superiori del sistema nervoso) propugnato da alcuni bioeticisti, ma non adottato in nessuna legislazione. Va osservato che quest'ultimo paradigma consentirebbe di ritenere "morti" i soggetti in stato vegetativo persistente, e cioè ancora in possesso delle funzioni biologiche primarie, ma ormai prive delle capacità di interagire con il mondo esterno. Allo stesso modo, i critici del paradigma neurologico insistono sulle differenze tra il modello inglese e quello

adottato dalla l. 578/1993 (tanto che la stessa persona potrebbe essere ritenuta “morta” in Gran Bretagna, ma non in Italia) e ritengono che i criteri di Harvard siano stati strumentali a favorire i trapianti di organo.

### **3. I principi convenzionali**

La giurisprudenza di Strasburgo si è confrontata con le problematiche di fine vita. Nel caso *Pretty c. Regno Unito*, 29 luglio 2002 la ricorrente, affetta da una malattia denegerativa, riteneva che il divieto assoluto di suicidio assistito sancito dalla Section 2(1) del *Suicide Act* 1961 fosse lesivo del suo diritto a morire desunto dagli articoli 2, 3 e 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo, dal momento che tale divieto la poneva di fronte all'alternativa di farsi aiutare dal marito a morire dignitosamente, esponendo quest'ultimo al rischio di essere incriminato, oppure di subire le conseguenze devastanti della propria patologia. Secondo la Corte europea il diritto alla vita sancito dall'art. 2 non può essere interpretato nel senso diametralmente opposto del diritto a morire (§ 39), e quindi non può fondare pretese né nei confronti dei terzi, né dello Stato (§ 40); analogamente, il divieto di pene o trattamenti inumani o degradanti vieta agli organi pubblici o ai privati di infliggere maltrattamenti e impone loro di adottare misure di tutela e di cura, ma non sancisce l'obbligo degli Stati di consentire o agevolare il suicidio (§ 55); quanto al diritto al rispetto della vita privata e familiare, la Corte ha riconosciuto che la nozione di autonomia personale rispecchia un principio importante sotteso all'interpretazione delle garanzie offerte dall'art. 8 (§ 61); che l'imposizione di un trattamento medico senza il consenso del paziente adulto e sano di mente violerebbe l'art. 8 (§ 62); che in linea di principio viola il diritto alla vita privata anche il divieto di suicidio assistito, perché impedisce a chi non può uccidersi da solo di evitare un epilogo della vita a suoi occhi indegno e doloroso (§ 67); che, tuttavia, tale divieto è funzionale alla tutela degli interessi dei soggetti più deboli e vulnerabili e pertanto può costituire un'ingerenza giustificata (§ 74), anche perché la legislazione inglese appare formulata in termini assoluti, ma a ben vedere prevede alcuni meccanismi (insussistenza di minimi edittali; consenso dell'accusa per aprire il procedimento) che consentono di venire incontro alle peculiarità del caso concreto (§ 76).

Il caso *Haas c. Svizzera*, 20 gennaio 2011, riguarda invece un paese che ammette a determinate condizioni il suicidio assistito. Il ricorrente, affetto da sindrome bipolare e con un paio di tentati suicidi alle spalle, riteneva che il rifiuto dei medici, e in seconda battuta dello Stato, di concedergli la sostanza necessaria per porre fine alla propria vita, violasse il diritto garantito dall'art. 8. In quest'occasione la Corte osservò che, a differenza del caso *Pretty*, qui non sussisteva una patologia terminale; inoltre, non veniva in discussione il problema della responsabilità penale di terzi; la questione da affrontare era pertanto se il diritto desumibile dall'art. 8 di «decidere quando e

in che modo porre fine la propria vita, a condizione che si sia in condizione di orientare liberamente la propria volontà a tal fine e di agire di conseguenza» (§ 51) imponesse allo Stato svizzero di concedere al ricorrente la sostanza richiesta. La risposta della Corte è stata negativa alla luce di un bilanciamento tra l'art. 8 e l'art. 2, dal quale discenderebbe l'obbligo per gli Stati (soprattutto quelli che hanno adottato una legislazione «liberale» in tema di fine vita) di predisporre una procedura volta ad appurare che la decisione di morire sia libera e consapevole (§ 58).

Successivamente, nel caso Koch c. Germania, 19 luglio 2012, la Corte ha ricavato dall'art. 8 un obbligo procedurale in capo agli Stati di esaminare nel merito, e alla luce dei parametri convenzionali, le richieste di suicidio assistito inoltrate dai cittadini. Il caso riguardava il marito di una donna tetraplegica morta in una clinica Svizzera dopo che lo Stato tedesco si era rifiutato di concederle l'utilizzo dei farmaci per il suicidio. Il ricorso alla Corte di Strasburgo seguiva appunto una serie di decisioni delle corti interne che non avevano esaminato nel merito la doglianza del marito, in quanto soggetto non titolare del diritto in questione.

Infine, nel caso Gross c. Svizzera, 14 marzo 2013, si è discussa la vicenda di una donna ottantenne non affetta da malattie terminali che però voleva porre fine alla propria vita per sottrarsi al decadimento fisico e mentale legato all'invecchiamento. Come nel caso Haas, la donna ricorreva contro lo Stato svizzero che le aveva rifiutato la sostanza letale necessaria per il suicidio. Stavolta la Corte, senza entrare nel merito del diritto della donna a ottenere la sostanza perché questione di competenza dello Stato membro, ha condannato la Svizzera perché la materia era disciplinata da Linee guida formulate da un organismo non governativo (l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche) che non prevedevano il caso della ricorrente, e cioè quello dell'assenza di malattie terminali: quando uno Stato prevede la possibilità di ottenere una sostanza letale per il suicidio, è tenuto a formulare un chiaro quadro normativo che stabilisca l'esatta estensione di tale diritto. La decisione, presa a stretta maggioranza, è stata però superata dalla Grande Camera (Gross c. Svizzera, 30 settembre 2014), che ha dichiarato, anche qui a strettissima maggioranza, l'irricevibilità per abuso del diritto di ricorso, essendosi nel frattempo scoperto che la ricorrente aveva raggiunto il suo intento suicidario già nel 2011, ossia prima della decisione di primo grado.

In sintesi, può dirsi che

- manca un consenso europeo sulle questioni di fine vita; quindi il margine di apprezzamento degli Stati è particolarmente ampio (cfr. anche Lambert c. Francia, Grande Camera, 5 giugno 2015, § 148, e Gard v. Regno Unito, 27 giugno 2017, § 83, in relazione alla sospensione dei trattamenti di sostegno vitale);

- rispettano la Convenzione sia gli Stati che vietano le pratiche di suicidio assistito, sia quelle che le ammettono a certe condizioni.

Nel primo caso (*Pretty c. Regno Unito*), la Corte di Strasburgo ha evidenziato che il divieto generale era essere sufficientemente flessibile, in modo da tener conto dei casi peculiari (cfr. da ultimo *Conway v. The Secretary of State for Justice and Others* [2017] EWHC 2447, nel quale la *High Court* ha respinto un'istanza presentata da un malato terminale volta a dichiarare l'incompatibilità del divieto assoluto di aiuto al suicidio con il diritto a una morte dignitosa: in questo caso si è tenuto conto anche dell'imminenza della morte e della disponibilità di cure palliative).

Nel secondo (*Haas c. Svizzera*), si è ritenuta necessaria una procedura che stabilisca le condizioni di accesso al suicidio assistito e allo stesso tempo garantisca la tutela del diritto alla vita;

- in ogni caso, le richieste di suicidio assistito devono essere vagliate dalle autorità nazionali alla luce del diritto convenzionale (*Koch. c. Germania*).

#### **4. Aporie dell'attuale quadro normativo**

La l. 22.12.2017, n. 219 ha regolamentato il diritto del paziente di rinunciare a trattamenti di sostegno vitale (art. 1, comma 5), anche attraverso direttive anticipate di trattamento (art. 4), stabilendo che il rispetto della volontà del paziente esime il medico dalla «responsabilità civile o penale» (art. 1, comma 6). Al di fuori di questi casi, gli artt. 575, 579 e 580 c.p. puniscono l'omicidio volontario, l'omicidio del consenziente e l'istigazione e l'aiuto al suicidio senza prevedere una disciplina differenziata per i motivi pietosi o altruistici, e quindi per i casi in cui la morte è stata cagionata al fine di porre fine alle atroci sofferenze della vittima.

È generalmente riconosciuto in dottrina che la risposta sanzionatoria prevista dal codice Rocco è sproporzionata per eccesso rispetto al disvalore del fatto. I requisiti di validità del consenso previsti dall'art. 579, comma 3, c.p., si prestano a interpretazioni restrittive, e quindi lasciano spazio al più severo armamentario dell'art. 575 c.p. L'omicidio volontario di persona sofferente è suscettibile di essere aggravato dalla premeditazione, dalla sussistenza di un rapporto di parentela e dall'uso di sostanze venefiche. Tra le pronunce più recenti si possono ricordare Cass., Sez. I, 12.12.2015, n. 12928, che ha inflitto una pena pari a nove anni e otto mesi (omicidio aggravato; rito abbreviato; diniego dell'attenuante dei motivi); Cass., Sez. I, 8.6.2017, n. 51453, che ha inflitto una pena pari a sei anni, due mesi e venti giorni di reclusione (attenuati generiche e attenuante dei motivi di particolare valore morale e sociale prevalenti sull'aggravante di cui all'art. 577, comma 1,

n. 1; rito abbreviato); Cass., Sez. I, 6.7.2017, n. 7390, che ha inflitto una pena pari a sette anni e otto mesi di reclusione (attenuanti generiche e attenuante di cui all'art. 62, n. 6 prevalenti sull'aggravante di cui all'art. 577, comma 2, c.p.; diniego dell'attenuante dei motivi; rito abbreviato).

Appaiono troppo severe anche le sanzioni previste dagli articoli 579 (da sei a quindici anni) e 580 c.p. (da cinque a dodici), soprattutto se confrontate con la cornice edittale prevista dall'art. 578 c.p. (da quattro a dodici anni), che è un reato determinato da motivi non altruistici. Parte della dottrina critica inoltre la prossimità delle pene previste dall'art. 579 c.p. e dall'art. 580 c.p., sottolineando che il primo è pur sempre un omicidio volontario, mentre il secondo no. Viceversa, altri ritengono che le due fattispecie impongano di differenziare condotte dal disvalore analogo sulla scorta di un dato non significativo, e cioè che nel caso dell'omicidio del consenziente la vittima non è in grado di porre fine alla propria vita da solo, nell'aiuto al suicidio sì; con la conseguenza che, ad esempio, chi inietta una dose di veleno a un infradiciottenne risponderà di omicidio (art. 579, comma 2, c.p.), chi invece si limita a consegnarla sarà punito per aiuto al suicidio aggravato (art. 580, comma 2, c.p.). Tra l'altro, il tradizionale criterio distintivo tra l'art. 579 c.p. e l'art. 580 c.p. solleva perplessità sul piano della determinatezza: basti pensare che le pratiche di suicidio assistito esercitate in Svizzera sono state inquadrare dalla nostra giurisprudenza nello schema dell'art. 580 c.p., mentre parte della dottrina opta per l'art. 579 c.p. perché l'agevolazione al suicidio non potrebbe consistere in un atto che contribuisce direttamente alla morte altrui (come nel caso di chi predispone tutto, lasciando al suicida il solo compito di premere un bottone). Anche la recente ordinanza di rimessione alla Corte costituzionale ha evidenziato da un lato l'incertezza della nozione di aiuto al suicidio nel diritto vivente, dall'altro la sua problematica assimilazione alle condotte di istigazione.

A livello comparatistico, si può segnalare l'art. 143 del codice penale spagnolo, il quale prevede un trattamento sanzionatorio differenziato per l'istigazione e per l'aiuto e contempla una diminuzione di pena per i casi di omicidio su richiesta compiuti con atti necessari e diretti alla morte, unificando l'omicidio del consenziente e l'aiuto al suicidio. È attualmente in discussione una modifica del comma 4 nel senso della depenalizzazione.

1. Chiunque istighi altra persona al suicidio sarà punito con la pena della prigione da quattro a otto anni.
2. Si applicherà la pena della prigione da due a cinque anni a chi coopera con atti necessari al suicidio di una persona.
3. Sarà punito con la prigione da sei a dieci anni se la cooperazione si spinge fino al punto di cagionare la morte.

4. Chiunque determina la morte di altri, o coopera attivamente con atti necessari e diretti alla morte di altri, su richiesta esplicita, seria e non equivoca di quest'ultimo, nel caso in cui la vittima soffra di una infermità grave e tale da condurla inevitabilmente alla morte, o tale da procurarle sofferenze permanenti gravi e difficili da sopportare, è punito con una pena inferiore di uno o due gradi rispetto a quelle indicate nei commi 2 e 3 del presente articolo.

Per inciso, si discute se l'art. 143 del codice spagnolo si applichi, a titolo di tentativo, anche se il suicidio non avviene. Secondo la nostra giurisprudenza, l'art. 580 non ammette il tentativo, eccetto che nel caso espressamente stabilito in cui dal suicidio derivano lesioni gravi o gravissime (Cass., Sez. V, 22 dicembre 2017, n. 57503). Nel nostro ordinamento non è quindi punita l'istigazione non accolta, a differenza del *Suicide Act* 1961, che non richiede neppure l'identificazione della vittima, e dell'art. 223-14 del codice penale francese, che incrimina la propaganda e pubblicità svolta in favore di prodotti, oggetti o metodi finalizzati a darsi la morte (cfr. però gli articoli 14 e 15, l. 8 febbraio 1948, n. 47 e l'art. 30, l. 6 agosto 1990, n. 223 a proposito delle pubblicazioni o trasmissioni che possono provocare il diffondersi di suicidi).

## **5. Il dibattito sull'eutanasia: a) l'eutanasia indiretta**

Alcuni negano radicalmente la legittimità delle pratiche eutanasiche in ragione del principio dell'indisponibilità del bene della vita in quanto processo che procede in modo continuo e autonomo, e quindi non riducibile alle categorie del possesso e del dominio. In questa prospettiva, il limite alle terapie doverose sarebbe dato dalla sproporzione tra i benefici auspicabili e le sofferenze prevedibili, a meno che il paziente non richieda egli stesso tali terapie (cfr. l'art. 2, comma 2, l. 219/2017).

Altri invece propendono per ampliare gli spazi di liceità delle condotte eutanasiche, innanzitutto con riferimento alla c.d. eutanasia indiretta, e cioè la somministrazione consensuale di farmaci idonei ad alleviare le sofferenze, ma con il prevedibile effetto collaterale di anticipare la morte del paziente. A chi si pronuncia nel senso della liceità *de iure condito* dell'eutanasia indiretta, in quanto espressione dell'adempimento del dovere di eliminare o attenuare le sofferenze del malato si contrappone chi, pur favorevole in linea di principio a tale figura, ravvisa l'eventualità di un'imputazione per omicidio volontario a titolo di dolo eventuale.

A livello comparatistico può segnalarsi l'art. 214a dell'AE 1986, ai sensi del quale «chi come medico o con poteri medici prende misure per la mitigazione di una situazione di sofferenza (*Leidenszustände*) grave, non altrimenti eliminabile di un malato morente (*tödlich*

*Kranken*) con il suo consenso espresso o presunto non agisce in modo antigiuridico anche se in tal modo si ha un'accelerazione del processo mortale come conseguenza collaterale non evitabile».

L'AE 2005 ha accolto questa impostazione, specificando che il consenso può essere espresso anche da una dichiarazione del paziente, che le misure devono seguire le regole della scienza medica e che la conseguenza collaterale non deve essere perseguita (*nicht beabsichtigte Nebenwirkung*) La relazione all'AE 2005 osserva tra l'altro che l'aggettivo *tödlich* sta a significare che il paziente non deve essere in punto di morte (*sterbende*), e che la condotta giustificata si distingue dall'eutanasia attiva (punita ai sensi del § 216 *StGB* vigente, omicidio su richiesta) sul piano oggettivo grazie all'inciso relativo alle regole dell'arte medica, su quello soggettivo perché la conseguenza letale non deve essere intenzionalmente perseguita.

Va sottolineato che l'eutanasia indiretta si distingue dalla sedazione palliativa profonda di cui parla l'art. 2, comma 2, l. 219/2017, perché nel secondo caso non si ha una anticipazione della morte.

## **6. (segue): L'eutanasia diretta**

Come si è visto, la l. 219/2017 ha reso lecita l'interruzione di trattamenti di sostegno vitale, ma non il suicidio assistito (tant'è vero che ai sensi dell'art. 1, comma 6, il «paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali»).

La tragica vicenda al centro del caso Cappato, nella quale la vittima ha optato per il suicidio assistito perché l'interruzione dei trattamenti avrebbe determinato una morte lenta e dolorosa, porta però a interrogarsi sulla razionalità di un sistema che consente la seconda opzione e non la prima. Nella sua recente decisione la Corte costituzionale «ha rilevato che l'attuale assetto normativo concernente il fine vita lascia prive di adeguata tutela determinate situazioni costituzionalmente meritevoli di protezione e da bilanciare con altri beni costituzionalmente rilevanti», e ha rinviato la decisione sulla questione di legittimità costituzionale al 24 settembre 2019 per «consentire in primo luogo al Parlamento di intervenire con un'appropriata disciplina».

Chi vuole mantenere fermo il principio di intangibilità della vita e allo stesso tempo garantire una risposta sanzionatoria più equilibrato propone di introdurre figure speciali di reato, oppure circostanze attenuanti a effetto speciale e non bilanciabili con alcune aggravanti, che rendano possibile nei casi estremi la concessione della sospensione condizionale o dell'affidamento in prova. Si discute sugli elementi costitutivi di tali fattispecie, e cioè sulla scelta dei requisiti oggettivi (l'insopportabilità delle sofferenze, l'imminenza della morte, l'uso di mezzi indolori), di quelli soggettivi (il movente altruistico) e sul ruolo da attribuire al consenso del soggetto.

A tal proposito possono citarsi, accanto al già menzionato art. 143 del codice penale spagnolo

- il progetto Pagliaro, il quale proponeva di prevedere come circostanza attenuante dell'omicidio e dell'omicidio del consenziente l'aver commesso il fatto con mezzi indolori e per esclusivo motivo di pietà verso la persona incapace di prestare un consenso valido, la quale per ragioni di malattia si trovi in irreversibile condizione di sofferenza fisica insopportabile o particolarmente grave, quando fosse stata constatata l'impotenza dei trattamenti antalgici.

- l'art. 114 del codice penale svizzero, ai sensi del quale «Chiunque, per motivi stimabili, e specialmente per compassione, cagiona la morte di un uomo a seguito di una sua richiesta seria e pressante, è punito con la pena detentiva sino a tre anni o con la pena pecuniaria»

Una prospettiva politico-criminale più radicale è invece orientata a legalizzare alcune forme di condotta eutanassica. Nel c.d. modello procedurale adottato dalle legislazioni belga e olandese, condotte eutanassiche riconducibili ai reati di omicidio, omicidio del consenziente e aiuto al suicidio non sono punite se poste in essere da un medico secondo una determinata procedura che prevede, in sintesi: a) una richiesta del paziente ponderata e seria; b) sofferenze intollerabili e insuscettibili di miglioramento; c) una corretta informazione al paziente; d) l'esclusione di alternative ragionevoli; e) la consultazione di un altro medico; f) un controllo successivo da parte di una Commissione regionale. Sulla scia di questo modello sono state presentate nella scorsa legislatura alcune proposte di riforma, una di iniziativa popolare (Proposta di legge 1582, 13 settembre 2013) e una, più articolata, di iniziativa parlamentare (Proposta di legge n. 2218 del 24 marzo 2014).

Anche la legislazione svizzera ha di fatto accolto il modello procedurale senza però disciplinarlo compiutamente. Le pratiche di suicidio assistito si sono sviluppate tra le pieghe dell'art. 115, secondo cui «Chiunque *per motivi egoistici* istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto è punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria».

In controtendenza si pone invece l'ordinamento tedesco, che tradizionalmente non puniva l'aiuto al suicidio. Il § 217 *StGB*, introdotto nel 2015, prevede infatti che

1. Chiunque, con l'intenzione di favorire il suicidio altrui, ne offre o procura l'opportunità commerciale, anche in forma d'intermediazione, è punito con la pena detentiva sino a due anni o con la pena pecuniaria.
2. In qualità di compartecipe è esente da pena chi agisca in modo non commerciale e sia o parente della persona favorita indicata al comma 1, oppure a questa legata da stretti rapporti

Il diverso approccio dei legislatori nazionali porta a un'ultima considerazione, e cioè che qualunque riforma non dovrà ignorare la possibilità di spostarsi in quei Paesi che facoltizzano le pratiche eutanasiche, con tutto ciò che ne deriva sul piano della disparità di trattamento tra chi può permettersi questa soluzione e chi no. Nel caso in cui si intenda scoraggiare il c.d. turismo del suicidio, come ha tentato di fare il § 217 *StGB*, bisognerà domandarsi se sia opportuno incriminare secondo la legge italiana condotte che agevolano una pratica, il suicidio, che nel nostro Paese è di incerta qualificazione (§ 1), ma che in altri Paesi è legislativamente autorizzata.