

Audizione informale dinnanzi alle Commissioni riunite Giustizia e Affari sociali, 25 giugno 2019

Carmelo D. Leotta

Prof. ass. di Diritto penale – Università degli Studi Europea di Roma
carmelo.leotta@unier.it

La Corte Costituzionale, con l'ord. 207 del 24.10.2018, nel giudizio sull'art. 580 c.p. promosso dalla Corte di assise di Milano (ord. 14.2.2018) dà atto di non condividere la tesi fondamentale proposta dalla Corte rimettente, la quale dubita della legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. «*nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio in alternativa alle condotte di istigazione e, quindi, a prescindere dal loro contributo alla determinazione e al rafforzamento del proposito di suicidio*» per ritenuto contrasto con gli artt. 2, 13, 1° co., e 117 Cost. in relazione agli artt. 2 e 8 CEDU (v. ord. n. 207, n. 1 del *Ritenuto in fatto*).

Per la Corte Costituzionale, invece, la scelta di punire l'aiuto al suicidio non è in contrasto con il **diritto alla vita**, previsto dagli artt. 2 Cost. e 2 CEDU, perché da tale diritto non si può desumere un diritto a morire, possibilità questa esclusa dalla stessa Corte EDU nel caso *Pretty c. U.K.* del 2002 (punto 5 del *Considerato in diritto*).

Neppure la depenalizzazione dell'aiuto al suicidio può richiedersi come effetto di un diritto all'autodeterminazione individuale, riferita al diritto alla vita ai sensi degli artt. 2 e 13, 1° co., Cost.¹

Anche in applicazione dell'art. 8, par. 2, CEDU, cioè dei limiti che possono essere legittimamente posti alla vita privata, le incriminazioni, presenti in molti ordinamenti europei, dell'aiuto al suicidio, rispondono all'esigenza di dare protezione alle **persone deboli e vulnerabili**. A tal proposito – ricorda la Corte Costituzionale al n. 7 del *Considerato in diritto* – la stessa Corte EDU ha riconosciuto agli Stati un ampio margine di apprezzamento.

Sebbene, dunque, **lo stigma** rivolto dalla legge penale alla condotta di **aiuto al suicidio sia assolutamente compatibile con gli artt. 2 e 13, 1° co., Cost. e con gli artt. 2 e 8 CEDU**, la Corte, laddove sussistano determinate condizioni di malattia, ammette la possibilità di un *alleggerimento* della legge penale a fronte della commissione di una condotta integrante un'agevolazione dell'altrui suicidio. Non è inutile precisare che la condotta in questione è e solo può essere l'aiuto al suicidio, posto che lo stesso giudice rimettente aveva circoscritto la q.l.c. a tale ipotesi escludendo l'istigazione che ha una portata offensiva autonoma.

¹ «*L'incriminazione dell'istigazione e dell'aiuto al suicidio – rinvenibile anche in numerosi altri ordinamenti contemporanei – è in effetti funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio*» (Corte Cost., ord. n. 207/2018, punto 6 del *Considerato in diritto*).

Come debba concretizzarsi questo alleggerimento dello stigma penale solo il Parlamento può deciderlo: solo al Parlamento, infatti, spetta una decisione che comporta una responsabilità politica e che trova il suo fondamento nella rappresentanza della Nazione, onere e onore cui sono chiamati gli eletti che siedono nella Camera dei deputati e nel Senato della Repubblica, ai quali si chiede di rappresentare tutti gli elettori, nell'interesse del bene comune.

Se dunque alle SS.LL. spetta l'esercizio della sovranità legislativa – pena lo scardinamento del principio cardine della democrazia rappresentativa – è pur vero che **talune indicazioni presenti nell'ord. n. 207 possono essere utili** perché fissano in qualche modo un requisito minimo di tutela penale cui non potrebbe rinunciarsi.

Fatta questa premessa, è quindi necessario valutare se i progetti di legge che sono stati portati all'attenzione delle Commissioni si adeguino o meno ad alcuni requisiti minimi, indicati dalla Corte Costituzionale, integrati i quali sia possibile – in che modalità solo il Parlamento può deciderlo – ammettere un alleggerimento della legge penale rispetto alla punizione dei fatti di aiuto al suicidio.

Saranno oggetto di attenzione le seguenti proposte di legge:

- A.C. 2 p.d.l. di iniziativa popolare *Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia*;
- A.C. 1586 p.d.l. di iniziativa del deputato Cecconi *Modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti sanitari e di eutanasia*;
- A.C. 1655 p.d.l. di iniziativa dei deputati Rostan et al. *Introduzione degli articoli 4 bis e 4 ter della legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti di eutanasia*;
- A.C. 1875 p.d.l. di iniziativa dei deputati Sarli et al. *Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasi*;
- A.C. 1888 p.d.l. di iniziativa dei deputati Pagano Alessandro et al. *Modifiche all'art. 580 del codice penale, in materia di aiuto al suicidio, e alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, riguardanti le disposizioni anticipate di trattamento e la prestazione di cure palliative*.

1. La valutazione delle p.d.l. rispetto alle condizioni psico-fisiche del malato, come indicate nell'ord. n. 207 della Corte Costituzionale

Un alleggerimento dello stigma penale nei confronti di chi si renda autore di un fatto qualificabile come aiuto al suicidio richiede anzitutto una serie di condizioni della vittima del fatto costituente reato, che si caratterizza, secondo la Corte Costituzionale, per quattro caratteri fondamentali:

- a) patologia irreversibile;
- b) sofferenza fisica/psicologica assolutamente intollerabile;
- c) tenuta in vita per mezzo di trattamenti di sostegno vitale;
- d) capacità di prendere decisioni libere e consapevoli (cfr. n. 8 del

Considerato in diritto).

Dall'esame dei testi delle cinque p.d.l. si evince quanto segue:

La p.d.l. di cui all'**A.C. 2** di iniziativa popolare prevede l'introduzione di una disciplina che non appare adeguata rispetto ai requisiti indicati dall'ord. n. 207. Nell'art. 3, lett. e) richiede, infatti, una malattia produttiva di gravi sofferenze, *inguaribile* o, in alternativa, con *prognosi infausta inferiore a 18 mesi*. Si tratta di un requisito meno grave rispetto alla *patologia irreversibile*, cui si riferisce l'ord. 207, posto che la prognosi a 18 mesi può riguardare anche patologie che consentono ampio ricorso alla cura. Un tempo di 18 mesi è un tempo peraltro in cui possono essere introdotte nuove cure ovvero un tempo nel quale il paziente può manifestare una reazione diversa ad una cura già in atto. In secondo luogo la p.d.l. A.C. 2 non richiede, diversamente da quanto indicato nell'ord. 207, che il paziente sia sottoposto a trattamento di sostegno vitale.

La p.d.l. di cui all'**A.C. 1586** (*Cecconi*) prevede di intervenire direttamente sulla L. 219/2017, introducendo un nuovo co. 5 bis all'art. 1. Le condizioni di salute che possono consentire l'accesso al trattamento eutanasi sono le «*sofferenze fisiche o psichiche [che] siano insopportabili e irreversibili*» o, **in alternativa**, l'esistenza di una «*patologia caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione con prognosi infausta*». Si tratta di condizioni che, rappresentando certamente un *minus* in gravità rispetto a quanto è richiesto dalla Corte Costituzionale, comportano con ogni evidenza un più ampio accesso all'eutanasi e dunque una diminuzione della tutela della vita. Si osservi come nella p.d.l. ora menzionata siano sufficienti per accedere al trattamento eutanasi anche solo condizioni di sofferenza psichica insopportabile e irreversibile.

La p.d.l. di cui all'**A.C. 1655** (*Rostan*) prevede il requisito della «*malattia produttiva di gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infausta a diciotto mesi*». Anche in questo caso, si tratta di requisiti di minor gravità rispetto a quanto indicato nell'ord. n. 207 non solo perché la sofferenza grave richiesta nella p.d.l. in esame non è la sofferenza assolutamente intollerabile richiesta dalla Corte Costituzionale, ma soprattutto perché la Corte richiede che il malato sia tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale, condizione non richiesta dalla p.d.l. A.C. 1655.

La p.d.l. di cui all'**A.C. 1875** (*Sarli*) prevede sia l'introduzione del suicidio medicalmente assistito che del trattamento eutanasi (entrambi definiti all'art. 2). I requisiti inerenti alle condizioni del malato, previsti dall'art. 3 della p.d.l. da ultimo menzionata, realizzano uno standard di tutela inferiore rispetto a quanto previsto nell'ord. n. 207 perché se quest'ultima prevede, come si è detto, la patologia irreversibile e che siano in atto trattamenti di sostegno vitale, la p.d.l. in questione si limita a prevedere che il malato sia affetto da «*una condizione clinica*

irreversibile, ovvero da una patologia a prognosi infausta che non sia di natura psichiatrica o psicologica». L'unico requisito previsto in termini corrispondenti è quello della gravità delle sofferenze che per la Corte Costituzionale devono essere «assolutamente intollerabili», per la p.d.l. A.C. 1875 «evidenti, insostenibili e irreversibili».

L'unica p.d.l. che effettivamente pare adeguata ai requisiti di gravità delle condizioni del malato richiesti dalla Corte Costituzionale è quella di cui all'**A.C. 1888 (Pagano et al.)**. Infatti, ove tale p.d.l., all'art. 1, vorrebbe inserire una modifica all'art. 580 c.p. (nel senso, peraltro, di prevedere non una causa di esclusione della punibilità, bensì una circostanza attenuante se il fatto di aiuto al suicidio è commesso dal convivente), ricalca in modo fedele le indicazioni dell'ord. 207: è l'unica p.d.l. che richiede, oltre alla **patologia irreversibile** e alla **sofferenza intollerabile**, che sia in atto un **trattamento di sostegno vitale**.

2. La valutazione delle p.d.l. rispetto alle indicazioni sulle cure palliative contenute nell'ord. n. 207 della Corte Costituzionale

Il secondo criterio di valutazione delle p.d.l. rispetto alle indicazioni contenute nell'ord. n. 207 riguarda se e in che modo tali proposte prevedano una disciplina che favorisca **l'accesso alle cure palliative** da parte dei malati inguaribili affetti da sofferenze non tollerabili. L'accesso alle cure palliative, infatti, costituisce un'efficace contropinta motivazionale rispetto alla formazione di una volontà eutanassica da parte del soggetto malato.

Si osservi che il concetto stesso di cura palliativa, nella definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è contraria sia all'abbreviazione che all'allungamento della fase terminale della vita. La cura palliativa è specificatamente volta a migliorare non solo la qualità della vita del paziente, ma anche quella della sua famiglia. La cura palliativa, ancora, come sempre si legge nella *Definition of Palliative Care* della OMS, assume una finalità preventiva, non solo di affievolimento del dolore².

² Cfr. www.who.int/cancer/palliative/definition/en.

WHO Definition of Palliative Care

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

- *provides relief from pain and other distressing symptoms;*
- *affirms life and regards dying as a normal process;*
- *intends neither to hasten or postpone death;*
- *integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;*
- *offers a support system to help patients live as actively as possible until death;*
- *offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;*
- *uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;*
- *will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;*

Secondo Corte Cost. ord. 207/2018 un pre-requisito della scelta di richiesta di aiuto al suicidio o di trattamento eutanasi è l'accesso a **cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua**. Si legge nell'ord.:

*«Dovrebbe essere valutata, infine, l'esigenza di adottare opportune cautele affinché – anche nell'applicazione pratica della futura disciplina – l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sofferenza – in accordo con l'impegno assunto dallo Stato con la citata legge n. 38 del 2010 – sì da porlo in condizione di vivere con intensità e in modo dignitoso la parte restante della propria esistenza. **Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative dovrebbe costituire, infatti, un pre-requisito della scelta in seguito di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente**» (punto 10 del Considerato in diritto).*

Ciò premesso, le p.d.l., con esclusione della p.d.l. A.C. 1888 (*Pagano et al.*), si presentano assai carenti sul punto. In particolare:

La p.d.l. **A.C. 2** di iniziativa popolare non menziona le cure palliative, pur prevedendo all'art. 3, lett. f), che *«il paziente [che chiede il trattamento eutanasi] sia stato congruamente e adeguatamente informato delle sue condizioni e di tutte le possibili alternative terapeutiche e prevedibili sviluppi clinici»*; in termini simili, l'**A.C. 1655** (*Rostan et al.*) si riferisce ad un analogo diritto del malato sancito dall'art. 1 p.d.l. che andrebbe a introdurre un nuovo art. 4 bis alla L. 219/2017 (v. in particolare art. 4 bis, 1° co., lett. d).

La p.d.l. **A.C. 1586** (*Cecconi*), in modo più specifico rispetto alle due p.d.l. sopra menzionate, all'art. 1 propone di introdurre un co. 5 bis all'art. 1, L. 219/2017 che in effetti prevede il diritto ad essere informati sulla possibilità delle cure palliative; così pure fa la p.d.l. **A.C. 1875** (*Sarli et al.*) che, all'art. 4, 3° co.

Il diritto all'**informazione sulle cure palliative**, tuttavia – sia esso espresso in modo generico o specifico – non ha il medesimo contenuto del diritto di “provare” la terapia palliativa in senso stretto. Si osservi come la Consulta non preveda un mero diritto di informazione, ma letteralmente un **«coinvolgimento in**

• *is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.*

WHO Definition of Palliative Care for Children

Palliative care for children represents a special, albeit closely related field to adult palliative care. WHO's definition of palliative care appropriate for children and their families is as follows; the principles apply to other paediatric chronic disorders (WHO; 1998a):

- *Palliative care for children is the active total care of the child's body, mind and spirit, and also involves giving support to the family.*
- *It begins when illness is diagnosed, and continues regardless of whether or not a child receives treatment directed at the disease.*
- *Health providers must evaluate and alleviate a child's physical, psychological, and social distress.*
- *Effective palliative care requires a broad multidisciplinary approach that includes the family and makes use of available community resources; it can be successfully implemented even if resources are limited.*
- *It can be provided in tertiary care facilities, in community health centres and even in children's homes.*

un percorso di cure palliative», cioè la pratica di tali cure, come modalità volte a migliorare fattivamente la qualità della vita del paziente anche per verificare se l'affievolimento del dolore possa dargli la forza per affrontare ancora la malattia.

Stando all'ord. n. 207/2018, **solo se anche le cure palliative non consentono il superamento della sofferenza intollerabile**, laddove siano adempiute le volontà suicidarie del malato, si potranno prevedere forme di attenuazione della responsabilità per la pratica di aiuto al suicidio.

Sul tema delle cure palliative, la p.d.l. che meglio recepisce le indicazioni della Corte Cost. è l'**A.C. 1888** (*Pagano A. et al.*). L'art. 5 della p.d.l., infatti, rubricato *Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole delle cure e dignità nella fase finale della vita*, facendo buona sintesi dei principi bioetici di beneficalità della cura e di autodeterminazione del paziente, propone di modificare l'art. 2, 1° co., 2° per. L. 219/2017.

Rispetto alla disciplina attuale dell'art. 2, 1° co., 2° per., L. 219 – che si limita a prevedere che *«è sempre garantita un'appropriate terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15.3.2010, n. 38»* – la modifica proposta intende rendere effettivo il ricorso alle stesse, prevedendo non più una generica garanzia di accesso alla terapia del dolore, ma una *«presa in carico del paziente da parte del Servizio sanitario nazionale per la prescrizione di un'appropriate terapia del dolore»* che comprende anche le cure palliative.

Sul punto la p.d.l. *Pagano et al.* ha il merito di essere particolarmente attenta ai più recenti dati di studio che mettono in evidenza come l'accesso alle cure palliative si ponga ad oggi in Italia su standard inadeguati. È quanto ha rilevato anche l'*Indagine conoscitiva* sull'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, presentata dinnanzi alla Commissione Affari Sociali lo scorso 10 aprile 2019. I risultati di quell'indagine sono noti alla Commissione; basti qui dire che nelle conclusioni si legge che, benché l'Italia sia stato uno dei primi paesi a dotarsi di una disciplina specifica sull'accesso alle cure palliative e alla cura del dolore, *«siamo in grande ritardo rispetto ad altri Paesi europei nella sua applicazione e, per quanto riguarda le cure palliative pediatriche (CPP), si calcola che solo il 10% dei circa 35.000 bambini italiani bisognosi di cure palliative riescono a trovare una risposta adeguata ai loro bisogni»*.

3. La libertà di scienza/coscienza del sanitario

Un terzo punto di osservazione delle p.d.l. può essere quello delle previsioni che esse intendono introdurre circa l'obiezione di coscienza del medico.

A tal proposito si deve osservare che, in effetti, la Corte Costituzionale al punto 10 del *Considerato in diritto* suggerisce *«la possibilità di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura»*.

Raccolgono questa indicazione del Giudice delle leggi solo due proposte, l'A.C. 1888 (*Pagano et al.*) e l'A.C. 1875 (*Sarli et al.*).

Il diritto all'obiezione di coscienza nella p.d.l. A.C. 1875 non è, tuttavia, esente da rischi di un effettivo esercizio; infatti, prevede l'art. 6, 4° co. della p.d.l.: «*Le strutture del Servizio sanitario nazionale, con le modalità previste dal regolamento di cui all'art. 8, sono tenute a garantire il rispetto della volontà manifestata ai sensi dell'articolo 3. Qualora tale diritto non sia garantito, la struttura del Servizio sanitario nazionale, ferme restando le conseguenze penali o civili, deve provvedere al risarcimento del danno morale e materiale provocato.*».

Questa previsione potrebbe comportare una limitazione indebita all'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale medico, essendo compatibile con procedure di selezione del personale che contemplino ad esempio come titolo preferenziale la disponibilità del candidato a praticare il suicidio assistito o il trattamento eutanasi. Se, infatti, l'amministrazione si impegna ad una prestazione di risultato, deve necessariamente anche fare in modo di disporre del personale che tale prestazione metta in atto. Una simile previsione contrasterebbe peraltro con la Direttiva 2000/78/CE del Consiglio, del 27 novembre 2000, che stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro.

Appare allora preferibile la disciplina dell'obiezione di coscienza contenuta nell'art. 3, p.d.l. A.C. 1888. L'istituto sarebbe disciplinato tramite una modifica sulla L. 219/2017 che opererebbe espressamente sull'art. 1, co. 6, 2° per. La modifica prevede che il medico e gli esercenti le professioni sanitarie possano presentare obiezione di coscienza limitatamente a quelle attività connesse all'attuazione della L. 219/2017, se a) la sottoposizione/il rifiuto al trattamento sanitario o b) il rispetto delle disposizioni anticipate di trattamento contrasti i) con la deontologia professionale o ii) con le buone pratiche socio-assistenziali.

Occorre osservare come l'obiezione di coscienza prevista nella proposta A.C. 1888 trovi un limite nella deontologia professionale e nelle buone pratiche socio-assistenziali, comportando un esercizio del diritto di obiezione altamente responsabilizzante che certamente non si presterebbe a eventuali soluzioni "di comodo" da parte del sanitario.

4. L'esclusione della punibilità per i delitti di cui agli artt. 575, 579, 580 e 593 c.p. per il sanitario che ha praticato il trattamento eutanasi: una soluzione normativa fondata su di un giudizio di minor valore della vita del malato irreversibile rispetto a quella degli altri consociati

Le p.d.l. A.C. 2 (art. 3), A.C. 1586 (art. 3), A.C. 1655 (art. 1) e A.C. 1875 (art. 7) prevedono l'introduzione di una causa di esclusione della punibilità rispetto ai delitti di omicidio volontario (art. 575 c.p.), omicidio del consenziente

(art. 579 c.p.), istigazione ed aiuto al suicidio (art. 580 c.p.) ed omissione di soccorso (art. 593 c.p.) a favore del medico e del personale sanitario che abbia cooperato nell'atto di altrui suicidio e che abbia praticato il trattamento eutanasico. L'art. 7 della p.d.l. A.C. 1875 prevede altresì che tale causa di esclusione della punibilità operi a favore di «*coloro che abbiano agevolato in qualsiasi modo il paziente nell'accesso alle predette procedure* [di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasico]».

Ritiene chi parla che l'unica eventuale scelta di intervento sull'art. 580 c.p. debba limitarsi a prevedere – sempre che si ritenga necessario tale intervento – una graduazione della pena attraverso l'introduzione di una **circostanza attenuante** (per le ragioni di cui *infra*), ove sussistano le condizioni indicate dalla Corte Costituzionale, e non possa spingersi a prevedere una causa di esclusione della punibilità.

Occorre inoltre segnalare che, anche a optare – diversamente da quanto appena prospettato – per la via della esclusione della punibilità, tale soluzione rispetto all'art. 575 c.p. (omicidio volontario) non ha alcuna ragione di essere perché porta ad una vera e propria immunità rispetto alla commissione di fatti che non presentano neppure più gli elementi costitutivi dell'omicidio del consenziente (art. 579 c.p.) né dell'aiuto al suicidio (art. 580 c.p.), ma, appunto, della più grave fattispecie di omicidio volontario.

A ben vedere, non ha neppure ragion d'essere l'esclusione di punibilità rispetto alle condotte di istigazione al suicidio fino ad oggi coperte dall'art. 580 c.p. E, infatti, anche ad ammettere che l'opzione della Corte Costituzionale sia nel senso dell'*abolitio criminis* – ribadito che una simile indicazione non vincolerebbe comunque il Parlamento, pena il venir meno del principio di divisione dei poteri – l'*abolitio* non riguarderebbe la fattispecie di istigazione al suicidio, ma solo quella di aiuto.

Ciò detto, non può non prendersi contezza che imboccare la strada della **non punibilità** per fatti anche solo di aiuto al suicidio segnerebbe **una svolta senza ritorno** nell'ordinamento italiano: posto che l'ordinamento tutela i beni più preziosi non solo sancendone l'inviolabilità, ma anche l'indisponibilità da parte del suo titolare e che la legge penale “parla” non solo agli operatori del diritto, ma a tutti i consociati dicendo, mediante la pena, quanto vale il bene offeso, l'eliminazione, seppur attraverso una *scriminante procedurale*, dello stigma impresso dalla sanzione criminale al fatto di cagionare la morte del malato irreversibile e gravemente sofferente che chiede di essere ucciso, non potrebbe non suonare alle orecchie di tutti e di ciascuno, del malato innanzitutto, come un giudizio per cui **la vita del malato in tali condizioni vale meno di quella del sano**. Ne discenderebbe una palese violazione di ogni più elementare principio non solo di eguaglianza, ma di civiltà giuridica.

Per questa ragione ritiene chi parla che, alla luce dei testi dei p.d.l. oggetto di analisi, l'unica via percorribile di riforma sull'art. 580 c.p. – se ritenuta necessaria – possa essere, come già si è detto, quella di introdurre una **circostanza**

attenuante, idonea a graduare la pena, nel senso di diminuirla, se, sussistendo le quattro condizioni a) della malattia irreversibile, b) della sofferenza intollerabile del malato, c) della previa attivazione del trattamento di sostegno vitale, d) della richiesta di morire della persona capace di intendere e di volere, **il fatto di agevolare l'altrui suicidio sia commesso da persona prossima alla vittima**, nello stato di turbamento generato dall'altrui sofferenza.

Grazie per l'attenzione,

Roma, 25 giugno 2019

Carmelo Domenico Leotta