

LA LEGALIZZAZIONE DEL SUICIDIO ASSISTITO IN CANADA: QUANDO I POTERI COSTITUZIONALI SONO COMPLEMENTARI

di Ottavia Polipo

Abstract. Il 17 giugno 2016 il Parlamento canadese ha emesso il *Medical Assistance in Dying Act* legalizzando, in presenza di determinati presupposti, il suicidio assistito. Il presente lavoro si propone di analizzare tale normativa, offrendo una panoramica dei leading cases della Corte suprema canadese che consentano di meglio comprendere la scelta del legislatore.

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Le “decisioni di fine vita” in Canada. – 3. La *leading authority* in materia di suicidio assistito: *Rodriguez v. British Columbia*. – 4. La sentenza *Carter*: l’inaspettato *revirement* della Corte Suprema. – 5. Il “compromesso” del Parlamento canadese. – 6. Conclusioni e problemi aperti.

1. Premessa.

Obiettivo del presente lavoro è quello di analizzare il *Medical Assistance in Dying Act*, la nuova normativa canadese approvata il 17 giugno 2016, la quale, modificando il codice penale, legalizza, in presenza di particolari condizioni, il suicidio assistito.

Con lo scopo di meglio comprendere le *rationes* poste a fondamento di tale scelta legislativa, si offrirà una panoramica dell’evoluzione giurisprudenziale in materia: muovendo dall’analisi del *leading case Rodriguez v. British Columbia* del 1993 e passando per il noto *revirement* operato con la sentenza *Carter* del 2015, si giungerà infine a esaminare le modalità di recepimento, da parte dell’organo legislativo federale, delle “linee guida” delineate dai giudici della Corte Suprema.

2. Le “decisioni di fine vita” in Canada.

Prima però di addentrarsi nel merito della questione, è opportuno dedicare qualche pagina alla disamina del *contesto normativo canadese*, anteriore ai recenti

sviluppi e concernente le diverse fattispecie – strettamente connesse tra loro – di “*End-of-life decisions*”¹.

Tra queste, come noto, figura anzitutto l’ipotesi di *eutanasia passiva*, ossia quella condotta *omissiva* (secondo l’impostazione accolta dalla dottrina e giurisprudenza maggioritaria sia italiana che straniera) caratterizzata dalla *mancata attivazione* o dall’*interruzione* dei trattamenti medici a cui consegue la *morte* del soggetto, la quale è ricondotta non al venir meno delle terapie, bensì alla *patologia* di cui era affetto l’individuo². Tale fattispecie – fatta eccezione per alcune normative relative a istituti

¹ Con il termine “decisioni di fine vita” (o “*End-of-Life Decisions*”) si intendono quelle “condotte, attive o passive, compiute nei confronti del paziente dal medico curante o da altri soggetti (solitamente i familiari), che determinano l’abbreviarsi della sua vita e che sono poste in essere *causa pietatis* oppure per ragioni riguardanti la personale concezione di dignità del soggetto passivo e che risultano essere strettamente connesse allo stato in cui egli versa”. Con tale ampia definizione si intende ricomprendere le fattispecie dell’eutanasia passiva o attiva, diretta o indiretta, il suicidio assistito e l’accanimento terapeutico (anche denominato “*obstination déraisonnable*” nello Stato francese, o “*best interest test*” negli ordinamenti giuridici di *common law* come il Regno Unito o gli Stati Uniti). Sul punto, si veda, ad esempio: G. SMORTO, *Note comparatistiche sull’eutanasia*, in *Diritto&questioni pubbliche*, 2007, p. 143-178, F. MANTOVANI, alla voce *Eutanasia*, in *Digesto delle discipline penalistiche*, volume DIR-E, Torino, 1990, p. 423. S. HENNETTE-VAUCHEZ, *France*, in J. GRIFFITHS-H. WEYERS-M. ADAMS (a cura di), *Euthanasia and Law in Europe*, Oxford, 2008, p. 370 ss. P. LEWIS, *England and Wales*, in J. GRIFFITHS-H. WEYERS-M. ADAMS (a cura di), *Euthanasia and Law in Europe*, Oxford, 2008, p. 349 ss. Secondo una parte della dottrina straniera, quando tali “decisioni di fine vita” vengono poste in essere dal personale sanitario vengono denominate “*Medical behaviours that potentially shorten life*” (o MPBLS). In dottrina vedi: J. GRIFFITHS-H. WEYERS-M. ADAMS (a cura di), *Euthanasia and Law in Europe*, Oxford, 2008, p. 1-3. Osserviamo che alla base delle “*End-of-Life Decisions*” per tradizione è solitamente presupposta una *malattia fisica terminale* che impedisce materialmente al soggetto di realizzare autonomamente la propria scelta di morire (per *malato terminale* si intende un soggetto colpito da una malattia con *prognosi infausta*, giunto allo *stadio finale* di tale patologia con conseguente *aspettativa di vita* molto *ridotta*, vedi D’ALOIA, *Diritto di morire? La problematica dimensione costituzionale della “fine vita”*, in *Politica del diritto*, 1998, fascicolo 4, p. 613); nella definizione suesposta si è cercato di evitare di indicare tale condizione, dato che tale requisito è attualmente oggetto di dibattito all’interno dei singoli ordinamenti e anche in seno alla Corte Europea dei Diritti dell’Uomo come dimostra, per esempio, il caso *Haas* (Corte EDU, sent. 20 gennaio 2011, *Haas c. Svizzera in echr.coe.int*) in cui si è discusso se anche le *malattie mentali* (nel caso di specie si trattava di una grave forma di disturbo bipolare) potessero costituire, anche in presenza di una *lunga aspettativa di vita*, un autonomo legittimo presupposto per le istanze di suicidio assistito in Svizzera. Oppure con il giudizio *Gross* (Corte EDU, sent. 14 maggio 2013, *Gross c. Svizzera in echr.coe.int*) la Corte EDU ha dovuto affrontare la problematica relativa ai soggetti che, in assenza di una *malattia mentale o fisica*, chiedono assistenza al suicidio poiché *non riescono ad accettare il decadimento* dovuto all’avanzare dell’età.

² Tale fattispecie si suddivide in *tre tipologie* a seconda di quale sia il soggetto che integra effettivamente la “decisione di fine vita”: *volontaria*, quando è il paziente stesso a richiedere la sospensione o la non attuazione del trattamento e, quindi, a opporre un rifiuto alla terapia (il diniego può essere *attuale* se il soggetto è *capace*, o espresso attraverso *dichiarazioni anticipate* se il soggetto diventa *incapace* in un secondo momento); *involontaria*, quando il soggetto è *incapace* e quindi non può esprimere un idoneo rifiuto o consenso, ma tale decisione viene presa da altri soggetti; *non volontaria*, nell’ipotesi in cui la “decisione di fine vita” viene posta in essere da un soggetto diverso dal destinatario della sospensione dei trattamenti e tale scelta è in *contrasto* con la volontà espressa da tale individuo. Si veda, per tutti: F. MANTOVANI, alla voce *Eutanasia*, cit., p. 423. Secondo

giuridici connessi come, ad esempio, il “*Substitute Decision Act*” del 1992 che regola la figura del “*proxy decision maker*” – non è specificatamente disciplinata a livello *federale*³. Tuttavia, la dottrina ha da sempre ricavato dalla sezione 7 della “Carta canadese dei diritti e delle libertà” del 1982⁴ (inclusa nel *Constitution Act*⁵) e, in particolare, dal “*diritto alla libertà e alla sicurezza della persona*”, il diritto di ogni individuo *capace di rifiutare* i trattamenti sanitari volontari, incluse le *terapie di sostegno vitale*⁶. Avvalorando tale impostazione, le corti canadesi, sulla scia di quelle statunitensi, hanno fin dagli anni ‘90 garantito l’*effettività* di tale diritto, *escludendo la responsabilità penale* del personale sanitario che, di fatto, interrompeva o sospendeva i trattamenti sanitari di sostegno vitale (TSV)⁷.

Seguendo il menzionato orientamento giurisprudenziale, a livello *statale* si sono sviluppate una serie di *normative più dettagliate*, il cui esempio emblematico è costituito dalla legislazione dello Stato dell’Ontario che con il “*Health Care Consent Act*” (HCCA) del 1996 ha specificamente regolamentato l’istituto dei *testamenti biologici* (o “*living will*”) e delle *direttive anticipate di trattamento* (DAT o “*advance directive*” o “*request*”), attribuendovi un’*efficacia vincolante* che i medici sono tenuti a rispettare⁸.

un’altra parte della dottrina si distingue tra “*consensuale*” o “*non consensuale*”. Cfr.: I. KENNEDY-A. GRUBB, *Medical Law*, New York, 2005, p.775-823. G. FIANDACA, *I delitti contro la persona*, in G. FIANDACA-E. MUSCO (a cura di), *Diritto penale. Parte speciale*, volume II, tomo I, Bologna, 2013, p. 37-40.

³ R. CECIONI-P. A. SINGER, [Un approccio canadese al testamento di vita: il Consent to Treatment Act dell’Ontario](#), in *Rivista italiana di medicina legale*, 1996, fasc. 6, pt. 1, p. 1275-1293.

⁴ S. 7. *Canadian Charter of Rights and Freedoms*.

Everyone has the right to life, liberty and security of the person and the right not to be deprived thereof except in accordance with the principles of fundamental justice.

⁵ Carta costituzionale del Canada in vigore dal 1867. Ha subito diversi emendamenti nel tempo, tra cui l’inclusione della *Canadian Charter of Rights and Freedoms* nel 1982.

⁶ R. CECIONI, [Un approccio canadese, cit., p. 1275-1293](#).

⁷ Le *leading authority* sono rappresentate da: *Nancy B. v. Hotel Dieu de Québec* (1992), 86 D.L.R. (4th) 385(Que. S.C.) in *westlaw.com*, *Malette v. Schulman et al.*, 1990, Ontario Court of Appeal, 72 O.R. (2d) 417 in *westlaw.com*. Per un parallelismo con l’evoluzione giurisprudenziale delle corti americane (in particolare, in relazione alla formula del “*best interest test*”) si veda: R. CECIONI, [Un approccio canadese, cit., p. 1275-1293](#).

⁸Notiamo che, malgrado la tendenza nel linguaggio giuridico a utilizzare alternativamente i termini “*dichiarazioni anticipate di trattamento*” (DAT) o “*testamento biologico*”, alcuni Autori ne hanno opportunamente segnato la differenza di contenuto. Le DAT costituiscono manifestazioni di volontà per *qualsiasi trattamento sanitario* (la differenza, invece, tra una *advance directive* e una *advance request* risiede nel fatto che con la prima si richiede la *sospensione* di un trattamento sanitario volontario, mentre con la seconda si domanda la *continuazione* della terapia). Il testamento biologico (“*living will*”), invece, ha una portata più circoscritta, dato che ha ad oggetto *solamente le procedure di sostegno vitale e i trattamenti in grado di consentire il prolungamento artificiale della vita*. Al riguardo cfr. R. BRUNO, *Le obiezioni di coscienza*, in G. CASUSCELLI (a cura di), *Nozioni di diritto ecclesiastico*, Torino, 2012, p. 178. Notiamo che alcune province, come Manitoba, hanno adottato normative simili al HCCA mentre in altre, come, ad esempio, la British Columbia, esistono delle mere “*linee guida*” emesse dal Ministero le quali, tuttavia, una volta seguite, dovrebbero escludere la rilevanza penale della condotta realizzata dal personale sanitario. In questo senso T. LEMMENS.-B. DICKENS, *Canadian Law on Euthanasia: Contrasts and Comparisons*, in *European Journal of*

Analogo discorso è applicabile anche all'*eutanasia indiretta*, e cioè alla condotta *commissiva* che, pur avviando un processo idoneo a provocare la *morte* di un individuo, non è caratterizzata dall'*intento primario* di determinare il decesso del soggetto, bensì di *alleviarne il dolore* causato da una patologia preesistente; la morte dell'individuo viene considerata come evento *possibile*, ma non ricercata come "primo effetto"⁹.

Prima la giurisprudenza e poi i singoli ministeri della giustizia (come per esempio è accaduto in Ontario o nella British Columbia dove, rispettivamente, nel 1991 – con il *Memorandum to Ontario's coroners* – e nel 1993, sono state formulate dai ministeri delle "linee guida" per orientare le attività dei pubblici ministeri) hanno precisato che il personale sanitario può somministrare palliativi su richiesta del paziente anche quando ciò potrebbe comportare – come *eventuale effetto secondario* in forza della "teoria del doppio effetto" – la morte del paziente¹⁰. Il *discrimen* rispetto ad altre fattispecie di "*End-of-life Decisions*" viene tradizionalmente ricondotto all'*assenza della volontà del medico* di porre fine alla vita del paziente, elemento soggettivo necessario ai fini della sussistenza del reato di *omicidio*¹¹.

Per quanto invece riguarda l'*eutanasia attiva* – consistente in un'*azione* che avvia un processo idoneo a provocare la *morte* di un individuo e dove l'*intento primario* in capo all'agente è quello di *accelerarne il decesso* – e il *suicidio assistito* – coincidente, invece, con qualsiasi *forma di supporto* volta a realizzare la *volontà di morire* di un soggetto che ha *espressamente richiesto* assistenza – è da sempre riscontrabile un *atteggiamento di chiusura* sia da parte del legislatore, federale e provinciale, che delle corti canadesi.

In particolare, i casi di *eutanasia attiva* sono stati solitamente ricondotti al reato di *omicidio* (nella forma del *first* o *second degree murder*, a seconda che l'atto sia stato premeditato o meno, o del *manslaughter*¹²) o al reato di *somministrazione di sostanze velenose* (in base alla specifica condotta adottata), puniti, rispettivamente, agli articoli 222, 224, 229, 235, 236 e 245 del codice penale canadese¹³.

Health Law, 2001, p. 135, 145 ss.

⁹ Anche denominata "*terapia antalgica*" o "*del dolore*", "*sedazione terminale*" o "*theory of double effect*". Al riguardo cfr., *ex multis*: F. MANTOVANI, alla voce *Eutanasia*, cit., p. 425, R. CECIONI, [Un approccio canadese, cit., p. 1276-1293](#). I. KENNEDY, *Medical Law*, cit., p.775-823. G. FIANDACA, *I delitti contro la persona*, cit., p. 37-40.

¹⁰ Cfr. *ex multis*: R. CECIONI, [Un approccio canadese, cit., p. 1276-1293](#). I. KENNEDY, *Medical Law*, cit., p.775-823. G. FIANDACA, *I delitti contro la persona*, cit., p. 37-40.

¹¹ Cfr. T. LEMMENS, *Canadian Law*, cit., p. 142.

¹² Un esempio di condanna per omicidio nella forma del "*murder*" riguarda il *leading case* in materia di eutanasia attiva involontaria, il caso *Latimer*, in cui si è passati da un'accusa di *first degree murder*, formulata dalla pubblica accusa, a una di *second degree murder*, scelta operata dalla giuria. *R. v. Latimer* (2001), 193 D.L.R (4th) 577 (Sup. Ct. Can.) in *westlaw.com*. Un giudizio in cui invece l'accusa riguardò un'ipotesi di *manslaughter* è *R v. Brush* (1995) (Ont. Ct. J.) in *westlaw.com*. Sul punto si veda T. LEMMENS, *Canadian Law*, cit., p. 142.

¹³ L'eutanasia attiva si differenzia così dall'eutanasia indiretta per il differente elemento soggettivo in capo all'agente (vedi nota 7). Al riguardo, cfr., *ex multis*: F. MANTOVANI, alla voce *Eutanasia*, cit., p. 425. T.

Relativamente invece al *suicidio assistito*, oggetto principale del presente articolo, si è di fronte a una totale “inversione di marcia”, i cui attori principali sono i più alti organi costituzionali canadesi.

La fattispecie in esame, fino al giugno 2016, era punita dalla legge federale canadese e in particolare dalle sezioni 14 e 241 del codice penale. La prima disposizione vietava all’individuo di acconsentire a che gli fosse inflitta la morte, precisando che tale consenso non avrebbe escluso la responsabilità penale di coloro i quali lo avessero aiutato a suicidarsi¹⁴; la seconda, invece, sanciva che chiunque avesse aiutato o istigato al suicidio sarebbe dovuto essere ritenuto colpevole di un reato punito con una reclusione fino a quattordici anni¹⁵.

La legittimità costituzionale di tali disposizioni era stata confermata dalla Corte Suprema canadese nel 1993 con la sentenza *Rodriguez v. British Columbia*, che aveva fin da subito assunto un grande rilievo nazionale e internazionale¹⁶.

LEMMENS, *Canadian Law*, cit., p. 135, 136. Osserviamo che il suicidio assistito risulta quindi *sempre* un’ipotesi di “decisione di fine vita” *volontaria* e che il tentativo di suicidio è stato depenalizzato in Canada nel 1972. Cfr. T. LEMMENS, *Canadian Law*, cit., p. 136-138.

¹⁴ *Section 14 Canadian Criminal Code*.

No person is entitled to consent to have death inflicted on him, and such consent does not affect the criminal responsibility of any person by whom death may be inflicted on the person by whom consent is given.

¹⁵ *Section. 241 Canadian Criminal Code*.

Suicide. Everyone who:

(a) counsels a person to commit suicide, or

(b) aids or abets a person to commit suicide, whether suicide ensues or not, is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.

¹⁶ Un esempio riguarda il celebre caso *Pretty* nel giudizio davanti alla Corte Europea dei Diritti dell’Uomo. Il ricorso riguardava Ms. Diane Pretty affetta da sclerosi laterale amiotrofica (SLA), una sindrome neurodegenerativa, la quale si trovava ormai nella *fase terminale* della malattia. Un’eventuale assistenza al suo suicidio avrebbe integrato gli estremi del reato *ex s. 2(1) del Suicide Act* del 1961. Dopo aver esperito le vie giurisdizionali nazionali, i ricorrenti adiscono la Corte Europea dei Diritti dell’Uomo. I giudici di Strasburgo, nel tentativo di qualificare il *right of privacy* ai sensi dell’articolo 8 della CEDU *fecero riferimento alla qualificazione* operata dai giudici canadesi in *Rodriguez* del *diritto di autodeterminazione*, giungendo alla medesima conclusione: il *divieto penale assoluto* in materia di suicidio assistito interferisce con il menzionato diritto, strettamente connesso al *principio di autonomia personale*. Tuttavia, la Corte EDU stabilì — sempre “copiando” la Corte Suprema canadese — che il *Suicide Act 1961 restringe* in maniera *legittima* l’esercizio del diritto in questione, dato che risultano rispettate le condizioni previste dal secondo comma dell’articolo 8. La Corte EDU, peraltro, utilizza il precedente *Rodriguez* per sostenere come *l’assenza* di un *consensus internazionale* in tema di *legalizzazione del suicidio assistito*, constatazione che portò i giudici a ritenere che i Parlamenti nazionali si potessero muovere all’interno di quel “margine di apprezzamento” previsto dalla stessa CEDU. *R(on the application of Pretty) v. Director of Public Prosecutions and Secretary of State of Home Department (2001) UKHL 61*, paragrafo 119 (Lord Hobhouse of Woodborough) in *westlaw.com*. G. SMORTO, *Note comparatistiche sull’eutanasia*, cit., p. 167. Sul punto si veda: A. PEDAIN, *The human rights dimension of the Diane Pretty case*, in *Cambridge Law Journal*, 2003, p. 181, P. LEWIS, *England and Wales*, cit., p. 364, R. TALLARITA, *L’eutanasia nel Regno Unito*, in S. SEMPLICI (a cura di), *Il diritto di morire bene*, 2002, p. 148, I. COLUSSI, *Quando a Strasburgo si discute di fine vita...casi e decisioni della corte europea dei diritti*

3. La *leading authority* in materia di suicidio assistito: *Rodriguez v. British Columbia*.

La ricorrente Sue Rodriguez era una donna adulta affetta da SLA e con un'aspettativa di vita tra i due e i quattordici mesi, che chiedeva che un medico fosse autorizzato a predisporre i mezzi necessari affinché lei – una volta divenuta incapace di godere appieno della vita – potesse interrompere da sé la propria esistenza¹⁷. Insieme a diverse organizzazioni non governative, Sue Rodriguez aveva adito la Corte Suprema del Canada, sostenendo che la *normativa che incriminava il suicidio assistito* (in particolare il citato articolo 241 del codice penale) violasse *una serie di diritti* previsti dalla “Carta canadese dei diritti e delle libertà”.

Innanzitutto, ad avviso dei ricorrenti, una proibizione priva di deroghe interferiva con il *diritto all'autonomia personale*, garantito alla sezione 7 della Carta (“*life, liberty and security of the person*”). Più precisamente, il divieto assoluto incideva sul *diritto alla libertà e alla sicurezza della persona*, da cui è deducibile il *diritto a esercitare un controllo sul proprio corpo*, che include, a sua volta, il *diritto a morire con dignità*¹⁸.

Secondo i ricorrenti, l'art. 241 del codice penale canadese violava anche il divieto previsto alla sezione 12 della Carta dei Diritti¹⁹ (“*treatment or punishment*”), dato che si negava a Sue Rodriguez – e a altri individui nella medesima condizione – la possibilità di porre fine alla sua sofferenza, prolungando così “un trattamento disumano e degradante”²⁰.

Infine, i ricorrenti sostenevano che il divieto incondizionato in materia di suicidio assistito ledesse anche la sezione 15 della Carta²¹ (“*equality before and under law and equal protection and benefit of law*”), la quale afferma che ogni individuo è *uguale davanti alla legge* e ha diritto a godere della stessa protezione e degli stessi benefici derivanti da quest'ultima, senza alcuna forma di discriminazione, osservando in particolare che vietare l'assistenza al suicidio si risolverebbe in un'ingiustificata

dell'uomo in tema di eutanasia e suicidio assistito, in A. D'ALOIA (a cura di), *Il diritto e la fine della vita. Decisioni, principi, casi*, Torino, 2012, p. 448. Corte EDU, sent. 29 aprile 2002, *Pretty c. Regno Unito* in *echr.coe.int*.

¹⁷ Cfr. A. DI MARTINO, *La Corte Suprema fa un overruling e dichiara incostituzionale il reato di aiuto al suicidio*, in *Rivista AIC*, 2015, p. 3. G. SMORTO, *Note comparatistiche sull'eutanasia*, cit., p. 167.

¹⁸ *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 520, 521.

¹⁹ S. 12. *Canadian Charter of Rights and Freedoms*.

Everyone has the right not to be subjected to any cruel and unusual treatment or punishment.

²⁰ *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 522.

²¹ S. 15. *Canadian Charter of Rights and Freedoms*.

Every individual is equal before and under the law and has the right to the equal protection and equal benefit of the law without discrimination and, in particular, without discrimination based on race, national or ethnic origin, colour, religion, sex, age or mental or physical disability.

discriminazione delle persone affette da disabilità, le quali non possono togliersi la vita senza l'aiuto di terzi²².

I ricorrenti chiedevano dunque una dichiarazione di incostituzionalità alla luce della sezione 52 (1) del *Constitution Act*²³ ed un rimedio specifico nel caso concreto ai sensi della sezione 24(1)²⁴ della Carta²⁵.

È opportuno ricordare che da quando, nel 1982, è entrata in vigore la Carta canadese dei diritti e delle libertà, il *case law* della Corte Suprema si è contraddistinto per un'interpretazione estensiva, sistematica ed evolutiva della tutela dei diritti fondamentali, spesso accompagnata dall'utilizzo dell'argomento comparatistico; metodologia ben rappresentata dalla metafora del *living tree*²⁶. Ciò ha permesso alla Corte di ampliare i suoi poteri di *judicial review*, arrivando a incidere sulla normativa riguardante materie delicate concernenti anche problemi di natura etica²⁷.

Confermando in un primo momento questa impostazione, la quasi totalità dei giudici – più precisamente tutti tranne uno, il *Chief Justice* Lamer, il quale, tuttavia, si è limitato a non affrontare la questione²⁸ – riconosce che l'incriminazione assoluta del suicidio assistito interferisce con il "diritto all'autodeterminazione" ai sensi della sezione 7 della Carta dei Diritti, in quanto diritto connesso al principio di autonomia personale.

Con le parole del giudice Sopinka²⁹:

²² *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 522.

²³ S. 52 (1) *Canadian Charter of Rights and Freedoms*.

The Constitution of Canada is the supreme law of Canada, and any law that is inconsistent with the provisions of the Constitution is, to the extent of the inconsistency, of no force or effect.

²⁴ S. 24(1) *Canadian Charter of Rights and Freedoms*.

Anyone whose rights or freedoms, as guaranteed by this Charter, have been infringed or denied may apply to a court of competent jurisdiction to obtain such remedy as the court considers appropriate and just in the circumstances.

²⁵ Cfr. A. DI MARTINO, *La Corte Suprema*, cit., p. 3.

²⁶ Tale metafora fu utilizzata nella prima volta nel precedente *Edwards v. Canada (Attorney General)* in relazione al diritto costituzionale canadese inteso in senso ampio, mentre, per quanto concerne la *Charter of Rights and Freedom*, il primo riferimento risale al 1985 con *Re B.C. Motor Vehicle Act*, in cui il *Chief Justice Antonio Lamer* affermò "If the newly planted 'living tree' which is the Charter is to have the possibility of growth and adjustment over time, care must be taken to ensure that historical materials, such as the Minutes of Proceedings and Evidence of the Special Joint Committee, do not stunt its growth" (*Re B.C. Motor Vehicle Act*, (1985) 2 SCR 486, paragrafo 53, in *westlaw.com*). Cfr. A. DI MARTINO, *La Corte Suprema*, cit., p. 1. Da notare che la s. 7 era stata intenzionalmente formulata dai costituenti in maniera da non ricalcare la *due process clause* del quinto e quattordicesimo emendamento statunitense. Purtroppo (o per fortuna) il *case law* canadese si è avvicinato a quello statunitense e la citata sezione è stata usata come veicolo per tutelare il diritto alla *privacy* e le libertà ad esso connesse. Cfr. A. DI MARTINO, *La Corte Suprema*, cit., p. 5.

²⁷ Cfr. A. DI MARTINO, *La Corte Suprema*, cit., p. 5.

²⁸ In particolare, il *Chief Justice* Lamer non si pronuncia in relazione al presunto contrasto tra la normativa penale e le sezioni 7 e 12, ma si concentra unicamente sulla s. 15, giungendo alla conclusione che l'art. 241 lett. b del codice penale canadese interferisce con il principio di uguaglianza e non risulta soddisfatto il requisito di proporzionalità ex art. 1 della *Charter*. *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 544 ss.

²⁹ L'opinione di Sopinka viene condivisa dai giudici La Forest, Gonthier, Iacobucci e Major, mentre gli altri

Security of the person in [s.7](#) encompasses notions of *personal autonomy* (at least with respect to the right to make choices concerning one's own body), control over one's physical and psychological integrity which is free from state interference, and basic human dignity. The *prohibition* in [s.241 \(b\)](#), which is a sufficient interaction with the justice system to engage the provisions of s. 7, *deprives the appellant of autonomy over her person and causes her physical pain and psychological stress in a manner which impinges on the security of her person*³⁰.

Tuttavia, cinque dei nove giudici affermano qui *che tale restrizione del diritto di autodeterminazione risulta legittima*, concludendo per la *legittimità costituzionale* dell'articolo 241 lett. (b) del codice penale³¹.

In via preliminare, il giudice Sopinka chiarisce a nome della maggioranza che, in generale, la compressione di un diritto riconosciuto dalla Carta è legittima quando avviene nel rispetto dei fondamentali principi di giustizia, sulla base di un corretto bilanciamento con gli *interessi statali* in gioco³².

In relazione alla questione in esame, il giudice sottolinea allora che *l'obiettivo* perseguito dal Parlamento, sul quale si fonda il divieto assoluto in materia di suicidio assistito, è quello *di proteggere i soggetti più vulnerabili*, i quali potrebbero subire pressioni o influenze nel decidere di terminare la loro esistenza³³.

giudici – Lamer, McLachlin, Cory e Heureux-Dubé – condividono altre tre separate e diverse *dissenting opinion*. Cfr. A. DI MARTINO, *La Corte Suprema*, cit., p. 4.

³⁰ *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 521. Altri giudici, soprattutto i dissenzienti, si esprimono in maniera ancora più diretta, come anche lo stesso giudice Sopinka il quale riafferma che “there is no question, then, that personal autonomy, at least with respect to the right to make choices concerning one's own body, control over one's physical and psychological integrity, and basic human dignity are encompassed within security of the person, at least to the extent of freedom from criminal prohibitions which interfere with these”. *Rodriguez v. British Columbia* cit., p. 588. Ad ogni modo la qualificazione data dal giudice Sopinka rinvia alla definizione del *diritto alla sicurezza e di autonomia personale* delineata in *Morgentaler* in materia di *aborto* (*R. v. Morgentaler*, (1988) 1 S.C.R. in *westlaw.com*). E' interessante notare che anche negli Stati Uniti la definizione del diritto di autodeterminazione – incluso nel diritto alla *privacy* grazie alla *due process clause* – viene ricostruita prima in tema di interruzione volontaria di gravidanza e, successivamente, in materia di “fine vita” e, in particolare, di suicidio assistito. Cfr. G. SMORTO, *Note comparatistiche sull'eutanasia*, cit., p. 156. C. CASONATO, *Il consenso informato*, cit., p. 1056. *Vacco v. Quill* 521 U.S. 793, (*Supreme Court of the United States*, 1997), p. 809 ss in *westlaw.com*.

³¹ *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 520 ss.

³² *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 520, 521.

³³ *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 520, 521. A. DI MARTINO, *La Corte Suprema*, cit., p. 6.

Attraverso un'analisi comparatistica della *giurisprudenza* e della *normativa* di diversi Stati³⁴, Sopinka mostra come, anche negli altri ordinamenti giuridici, sia *assente un consensus* in materia di *legalizzazione di suicidio assistito* e sia, invece, *comune la previsione di un divieto penale in materia privo di deroghe*³⁵, a differenza di quanto accade per la c.d. eutanasia passiva, dove invece si registrano nel diritto comparato diffusi riconoscimenti della liceità dell'omissione o sospensione di cure nei confronti di determinate categorie di pazienti³⁶.

In altri termini: la maggioranza dei giudici si rifà qui alla tradizionale distinzione tra *rifiuto o interruzione dei trattamenti sanitari volontari* – riconosciuti dal *common law* come espressione di un *diritto* – e il *suicidio assistito* che, invece, integra una fattispecie di *reato*³⁷.

D'altra parte, i giudici sottolineano espressamente la liceità dell'*eutanasia indiretta*, la quale, pur costituendo una fattispecie che, a differenza dell'*eutanasia passiva*, presuppone un *coinvolgimento* palesemente *attivo* del personale sanitario (similmente al *suicidio assistito* o all'*eutanasia attiva*), non rappresenta una condotta penalmente rilevante, dato il *peculiare elemento soggettivo* in capo al soggetto agente; ad avviso della Corte, *l'intenzione del medico* non è, infatti, quella di accelerare la morte o assistere in tale processo, bensì quello di *ridurre la sofferenza del paziente*³⁸.

Per quanto concerne, invece, la sezione 12 (riguardante il divieto a realizzare punizioni o trattamenti crudeli o inusuali) della Carta dei diritti, ad avviso della maggioranza, è *necessario un ruolo "più attivo"* dello *Stato* per poter configurare un "*trattamento disumano*"³⁹. Infine, relativamente alla sezione 15, che sancisce il principio di uguaglianza, i giudici precisano che, anche ammettendo l'esistenza di un'interferenza con il suddetto principio, essa risulterebbe comunque *giustificata* dalla

³⁴ Per quanto riguarda la giurisprudenza il riferimento, si tratta dei *leading case* di altri due ordinamenti giuridici di *common law*: gli Stati Uniti (*Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 1990, 497 U.S. 261, *Supreme Court of the United States*, in *westlaw.com*) e il Regno Unito (*Airedale NHS Trust v Bland*, 1993, AC 789 in *westlaw.com*), riguardanti due ipotesi di *eutanasia passiva involontaria*. In relazione alla normativa sembra opportuno sottolineare che la Corte cita, tra i diversi esempi di legislazioni in materia di *suicidio assistito*, anche l'art. 580 del codice penale italiano, sottolineando come quest'ultimo sia stato formulato nella *maniera più estensiva* rispetto alle altre legislazioni. *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 522, 602.

³⁵ *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 521, 522.

³⁶ *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 522. A. DI MARTINO, *La Corte Suprema*, cit., p. 6.

³⁷ *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 522. A. DI MARTINO, *La Corte Suprema*, cit., p. 7.

³⁸ "*The administration of drugs designed for pain control in dosages which the physician knows will hasten death constitutes active contribution to death by any standard. However, the distinction drawn here is one based upon intention...in any case of palliative care the intention is to ease pain, which has the effect of hastening death... In my view, distinctions based upon intent are important, and in fact, form the bases of our criminal law. While factually the distinction may, at times, be difficult to draw, legally it is clear*". *Rodriguez v. British Columbia* (A.G.) (1993) 2 S.C.R., p. 607, in *westlaw.com*.

³⁹ *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 522, 523.

clausola derogatoria *ex art. 1*⁴⁰. Invero, la normativa penale in materia di suicidio assistito soddisfa a loro avviso *le tre condizioni* richieste dalla *limitation clause* e ben delineate dal precedente *R. v. Oakes*⁴¹ (da cui deriva il cosiddetto “*Oakes test*” che permette, appunto, di accertare la possibilità di invocare tale clausola⁴²).

Secondo questa formula, in generale, la limitazione di un diritto costituzionalmente garantito risulta giustificata quando essa è *prevista per legge*, persegue un *obiettivo pressante e sostanziale* e *l’interferenza* risulta *proporzionata* in relazione al fine perseguito. In particolare, il *requisito della proporzionalità* si scompone a sua volta in tre “sottocondizioni”: “*the minimal impairment*”, ossia l’impossibilità di adottare uno strumento alternativo che non interferisca o restringa in maniera minore l’esercizio del diritto; “*the rational connection*”, cioè l’esistenza di una connessione razionale tra la normativa e lo scopo che il legislatore intende perseguire; e “*the proportionality*”, ossia la proporzionalità tra gli effetti della restrizione e l’obiettivo prefissato⁴³.

La maggioranza ha dunque facile gioco nel rilevare che esiste una *specifica normativa* in materia; che tale normativa persegue il *fine legittimo* di proteggere i *soggetti più deboli* dall’influenza di terzi in ordine al tempo e al modo della propria morte⁴⁴; e che i *mezzi* predisposti dal legislatore federale risultano essere *idonei a raggiungere il fine prefissato* – dal momento che un divieto generalizzato del suicidio assistito è chiaramente adatto al conseguimento dello scopo –, *non esistono mezzi alternativi* altrettanto idonei per raggiungere tale legittimo obiettivo, la cui essenzialità rende proporzionata la limitazione dei diritti fondamentali in gioco⁴⁵, anche alla luce del necessario margine di apprezzamento che deve comunque essere riconosciuto al Parlamento “nel trattare questioni controverse, complesse e di rilevanza morale come

⁴⁰ *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 522, 523.

⁴¹ *R v. Oakes* (1986) 1 S.C.R. 103 in *westlaw.com*. “Two central criteria must be satisfied to establish that a limit is reasonable and demonstrably justified in a free and democratic society. First, the objective to be served by the measures limiting a [Charter](#) right must be sufficiently important to warrant overriding a constitutionally protected right or freedom. The standard must be high to ensure that trivial objectives or those discordant with the principles of a free and democratic society do not gain protection. At a minimum, an objective must relate to societal concerns which are *pressing and substantial* in a free and democratic society before it can be characterized as sufficiently important. Second, the party invoking [s. 1](#) must show the means to be reasonable and demonstrably justified. This involves a form of *proportionality test involving three important components*. To begin, the measures must be fair and not arbitrary, carefully designed to achieve the objective in question and *rationaly connected to that objective*. In addition, the means should impair the right in question *as little as possible*. Lastly, there must be a *proportionality* between the effects of the limiting measure and the objective - the more severe the deleterious effects of a measure, the more important the objective must be”. *R v. Oakes*, cit., p. 105.

⁴² *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 522, 523.

⁴³ Cfr. E. STEFANELLI, *Importante overruling*, cit., p. 6.

⁴⁴ *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 523.

⁴⁵ *Ibidem*.

quella in discussione⁴⁶.

4. La sentenza *Carter*: l'inaspettato *revirement* della Corte Suprema.

Si deve attendere quasi una ventina di anni per ottenere un “ribaltamento” delle conclusioni a cui la Corte Suprema era giunta nel caso *Rodriguez*. E' infatti nel 2015 – con il caso *Carter v. Canada*, a cui si è dianzi fatto cenno – che la Corte ha dichiarato parzialmente incostituzionale, ai sensi dell'art. 52 del *Constitution Act*⁴⁷, la normativa penale che incriminava l'assistenza al suicidio, nello specifico gli artt. 14 e 241 lett. (b) del codice penale canadese⁴⁸.

I ricorrenti avevano invocato una pronuncia giurisdizionale che sancisse l'incompatibilità della *normativa penale in tema di suicidio assistito*, rispetto ai diritti previsti dalla Carta costituzionale alle sezioni 7 e 15⁴⁹.

Il giudice di primo grado, dopo aver affrontato la questione della vincolatività di *Rodriguez*, aveva dichiarato l'incostituzionalità della normativa in esame, accertando che questa interferiva sia con i diritti sanciti dalla sezione 7 della Carta costituzionale canadese, sia con il divieto previsto dalla sezione 15, senza che fossero rispettate le condizioni imposte dalla cosiddetta *limitation clause* di cui alla sezione 1⁵⁰. Il giudice aveva ritenuto tuttavia di *sospendere tale dichiarazione di invalidità per dodici mesi* – in modo da permettere all'organo legislativo di disciplinare nel dettaglio la fattispecie – *concedendo* però, nell'arco di quel periodo, la possibilità ai ricorrenti di usufruire della *constitutional* o *personal exemption* e, dunque, di ricorrere all'assistenza al suicidio senza fa sorgere alcuna responsabilità penale in capo a terzi⁵¹.

La decisione di primo grado era stata tuttavia impugnata dal governo canadese di fronte alla Corte di Appello della provincia stessa la quale, ritenendo che le corti fossero vincolate dal principio dello *stare decisis* verticale, e, dunque, dal precedente *Rodriguez v. British Columbia*, aveva dichiarato la normativa penale in esame compatibile con il testo costituzionale, riformando così la decisione di prime cure⁵².

⁴⁶ *Rodriguez v. British Columbia*, cit., p. 523.

⁴⁷ Art 52 *Constitution Act*.

The Constitution of Canada is the supreme law of Canada, and any law that is inconsistent with the provisions of the Constitution is, to the extent of the inconsistency, of no force or effect.

⁴⁸ Oggetto della legittimità costituzionale sono l'art. 14 e art. 241 lett. (b) del codice penale canadese, mentre gli articoli 21, 222, 222 e 241 lett. (a), benché impugnati, non sono stati considerati incostituzionali in quanto, di per sé, non vietano la pratica del suicidio assistito. Sul punto si veda: E. STEFANELLI, *Importante overruling*, cit., p. 4.

⁴⁹ *British Columbia Supreme Court*, 2012 BCSC 886, 287 C.C.C. (3D) 1 in *westlaw.com*.

⁵⁰ *British Columbia Supreme Court*, 2012 BCSC 886, 287 C.C.C. (3D), cit., paragrafo 1 ss.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² *British Columbia Court of Appeal*, 2013, BCCA 435, 51 B.C.L.R. (5th) 213 in *westlaw.com*. Cfr. E. STEFANELLI,

La Corte Suprema ribalta tale decisione, attraverso un *overruling* del precedente *Rodriguez*.

La Corte osserva anzitutto che *la normativa penale in questione interferisce con alcuni dei diritti sanciti dalla sezione 7 della Carta dei diritti canadese*⁵³.

In primis, il divieto comprime il *diritto alla vita* nella misura in cui un individuo, quando teme di diventare nel futuro incapace di porre fine alla propria esistenza autonomamente e di dover patire sofferenze insopportabili, *può essere portato ad anticipare tale momento e infliggersi la morte in modo prematuro*⁵⁴. La Corte precisa in proposito che non si tratta di sostituire al criterio della santità della vita un apprezzamento differenziato sulla qualità della vita stessa; ma, semplicemente, che non è possibile ricavare dal diritto costituzionale alla vita un *“dovere di vivere”*⁵⁵. Ciò significa che dal *diritto alla vita* non è possibile dedurre un divieto assoluto in materia di suicidio assistito, mentre ben può accadere che i soggetti *“rinuncino”* al suo esercizio⁵⁶.

In secondo luogo, ad avviso della Corte, il divieto penale comprime anche la *“libertà e la sicurezza della persona”* garantite dalla sezione 7, dato che esso *comprime la libertà di un soggetto adulto di disporre del proprio corpo e di optare per una fondamentale scelta di vita*⁵⁷.

Sotto questo aspetto, i giudici equiparano l'ipotesi del *suicidio assistito* a quella dell'*eutanasia passiva volontaria* e dell'*eutanasia indiretta*, pratiche, come visto, da tempo legittime in Canada; tali decisioni di fine vita sono infatti accomunate dal fatto che tutte realizzano *l'autonomia e la dignità della persona*, valori essenziali ai fini del rispetto della libertà di autodeterminazione prevista dalla Carta costituzionale⁵⁸.

Importante overruling, cit., p. 2.

⁵³ *Carter v. Canada* (Attorney General) 2015 SCC 5, cit., p. 371.

⁵⁴ *Carter v. Canada* (Attorney General) 2015 SCC 5, cit., p. 366. Cfr. E. STEFANELLI, *Importante overruling*, cit., p. 5.

⁵⁵ *Carter v. Canada* (Attorney General) 2015 SCC 5, cit., p. 367. Anche parte della dottrina afferma che negare l'esistenza di un *“diritto a morire”* — che discende, come il *diritto alla vita*, dal *diritto di autodeterminazione* — equivale ad imporre un *“obbligazione a vivere”* per coloro che desiderano la morte e in particolare per coloro che non costituiscono i soggetti deboli che la normativa penale intende proteggere. Vedi: A. PEDAIN, *The human rights dimensions of the Diane Pretty case*, cit., p. 204.

⁵⁶ *Carter v. Canada* (Attorney General) 2015 SCC 5, cit., p. 367.

⁵⁷ *Carter v. Canada* (Attorney General) 2015 SCC 5, cit., p. 368.

⁵⁸ *Carter v. Canada* (Attorney General) 2015 SCC 5, cit., p. 368. Anche per quanto concerne questa valutazione si tratta di argomenti già ampiamente discussi in dottrina e in giurisprudenza, sia italiana che straniera. In dottrina, solo per citare qualche esempio: G. FIANDACA, *I delitti contro la persona*, in G. FIANDACA-E. MUSCO (a cura di), *Diritto penale. Parte speciale*, volume II, tomo I, Bologna, 2013, p. 34 ss. Per la giurisprudenza ricordiamo le celebri sentenze gemelle del 1997 della Corte Suprema federale statunitense (*Vacco c. Quill* 521 U.S. 793, *Supreme Court of the United States*, 1997 e *Washington v. Glucksberg* 521 U.S. 702, *Supreme Court of the United States*, 1997) in cui i giudici, al contrario di *Carter*, affermano che non è possibile dedurre dalla Costituzione americana un generale *“right to die”* — riconducibile al diritto alla *privacy* del quinto e quattordicesimo emendamento — che costituisca il *fondamento ultimo*, nel rispetto del

La Corte sottolinea poi che la restrizione dei diritti sanciti alla sezione 7 attuata dal divieto penale di suicidio assistito *non risulta legittima*, dal momento che non è effettuata nel rispetto dei *principi fondamentali di giustizia*, e rileva che la normativa penale in materia di suicidio assistito, non prevedendo deroghe di alcun genere, è *eccessivamente ampia* (“*overbroad*”), dato che essa trova applicazione anche nei confronti di *soggetti non vulnerabili*, il cui diritto è compresso ingiustamente⁵⁹.

I giudici precisano altresì che, oltre a ledere il menzionato principio⁶⁰, l’interferenza dello Stato nell’esercizio dei diritti garantiti dalla sezione 7 della Carta costituzionale *non risulta giustificata* ai sensi della sezione 1⁶¹.

Invero, sebbene la restrizione sia prevista da una legge e questa abbia uno scopo legittimo, va esclusa la *proporzionalità* dei mezzi individuati dal legislatore rispetto tale obiettivo, come dimostra l’esperienza di altri ordinamenti, che adottano *strumenti alternativi meno restrittivi ma parimenti idonei* a tutelare gli individui più deboli della società⁶². In altri termini, secondo la Corte, non può dirsi rispettato il requisito del *minimal impairment*.

La Corte Suprema dichiara così parzialmente incostituzionale la normativa penale che incrimina l’assistenza al suicidio nella parte in cui non esclude l’ipotesi in cui la richiesta provenga da un malato in condizioni mediche irreversibili, adulto, capace e affetto da una patologia che gli causa una profonda sofferenza⁶³. L’efficacia di tale dichiarazione viene tuttavia sospesa per dodici mesi, in modo da permettere al legislatore di individuare una soluzione normativa equilibrata⁶⁴.

principio di uguaglianza, sia dell’ipotesi dell’*eutanasia passiva volontaria*, sia della fattispecie del *suicidio assistito*.

⁵⁹ *Carter v. Canada* (Attorney General) 2015 SCC 5, cit., p. 375. E. STEFANELLI, *Importante overruling*, cit., p. 6. I ricorrenti invocano anche il principio fondamentale di “*parity*” come quel principio che richiede “that offenders committing acts of comparable blameworthiness receive sanctions of like severity”, tuttavia, i membri della Corte suprema non riconoscono però il menzionato principio e non si addentrano nella sua analisi (*Carter v. Canada* (Attorney General) 2015 SCC 5, cit., p. 378). Il “principio di non eccessiva ampiezza” è stato enunciato dalla prima volta dalla Corte Suprema nella sentenza *R. v. Heywood* 1994 3 S.C.R. 761 in *westlaw.com*. D’altra parte si tratta di un’argomentazione già sviluppata in precedenza anche da altre corti, come, ad esempio, dalla Corte Suprema inglese nel caso *Nicklinson*. *R (on the application of Nicklinson and another) (AP) (Appellants) v. Ministry of Justice* (2014) UKSC 38, p. 1 ss.

⁶⁰ Osserviamo che la Corte canadese ritiene che la normativa penale in esame rispetti il *principio fondamentale dell’arbitrarietà*, dal momento che i diritti dei cittadini sono limitati non in maniera discrezionale, ma per perseguire lo scopo di primaria rilevanza di proteggere i soggetti deboli da eventuali abusi (*Carter v. Canada* (Attorney General) 2015 SCC 5, cit., p. 375). La Corte non si addentra invece nella questione relativa al criterio della *gross disproportionality*, che viene assorbita (*Carter v. Canada* (Attorney General) 2015 SCC 5, cit., p. 377).

⁶¹ E. STEFANELLI, *Importante overruling*, cit., p. 4.

⁶² *Ibidem*.

⁶³ *Carter v. Canada* (Attorney General) 2015 SCC 5, p. 390 in *westlaw.com*.

⁶⁴ La decisione unanime è stata emessa nella forma del *judgment by the Court*, ossia mantenendo l’anonimato (a differenza degli Stati Uniti, dove tale opzione riguarda i casi non complessi, in Canada tale

5. La risposta del Parlamento canadese.

Come già accennato, il 17 giugno 2016 è entrato in vigore il *Medical Assistance in Dying Act*. Tale atto parlamentare, introducendo le sezioni 241.1, 241.2, 241.3 e 241.4 nel codice penale canadese, ha *legalizzato* la fattispecie del *suicidio assistito* in presenza di *particolari presupposti*:

241.1 *The following definitions apply in this section and in sections 241.2 to 241.4.*

medical assistance in dying means

(a) *the administering by a medical practitioner or nurse practitioner of a substance to a person, at their request, that causes their death; or*

(b) *the prescribing or providing by a medical practitioner or nurse practitioner of a substance to a person, at their request, so that they may self-administer the substance and in doing so cause their own death (aide médicale à mourir)*

medical practitioner (means a person who is entitled to practise medicine under the laws of a province. médecin)

nurse practitioner means a registered nurse who, under the laws of a province, is entitled to practise as a nurse practitioner — or under an equivalent designation — and to autonomously make diagnoses, order and interpret diagnostic (tests, prescribe substances and treat patients. infirmier praticien)

pharmacist (means a person who is entitled to practise pharmacy under the laws of a province. pharmacien)

Marginal note: Eligibility for medical assistance in dying

241.2 (1) *A person may receive medical assistance in dying only if they meet all of the following criteria:*

(a) *they are eligible — or, but for any applicable minimum period of residence or waiting period, would be eligible — for health services funded by a government in Canada;*

(b) *they are at least 18 years of age and capable of making decisions with respect to their health;*

(c) *they have a grievous and irremediable medical condition;*

(d) *they have made a voluntary request for medical assistance in dying that, in particular, was not made as a result of external pressure; and*

(e) *they give informed consent to receive medical assistance in dying after having been informed of the means that are available to relieve their suffering, including palliative care.*

Marginal note: Grievous and irremediable medical condition

(2) *A person has a grievous and irremediable medical condition only if they meet all of the following criteria:*

modalità viene adottata quando la materia è controversa e rilevante). Inoltre sembra opportuno sottolineare che tra i giudici che avevano partecipato a *Rodriguez* rimane solo McLachlin e che gran parte della motivazione riprende le argomentazioni addotte dal giudice di primo grado il quale, a sua volta, fa riferimento alle opinioni dissenzienti in *Rodriguez*. Per un'analisi dettagliata di quest'ultime: A. DI MARTINO, *La Corte Suprema*, cit., p. 8 ss. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, cit., p. 331 ss. In particolare vi è l'istanza di quattro soggetti: Gloria Taylor, adulta malata terminale affetta da sclerosi laterale amiotrofica (come la signora Sue Rodriguez) che desiderava ricorrere al suicidio assistito, la *British Columbia Civil Liberties Association (BCCLA)*, un'organizzazione non governativa impegnata nella lotta per la tutela dei diritti civili, William Shoichet, un medico favorevole all'assistenza al suicidio, e Lee Carter e Hollis Johnson, i quali avevano aiutato la loro madre, la signora Kay Carter, a recarsi in Svizzera per farsi assistere nel suicidio. Sul punto si veda: E. STEFANELLI, *Importante overruling*, cit., p. 2.

- (a) they have a serious and incurable illness, disease or disability;*
- (b) they are in an advanced state of irreversible decline in capability;*
- (c) that illness, disease or disability or that state of decline causes them enduring physical or psychological suffering that is intolerable to them and that cannot be relieved under conditions that they consider acceptable; and*
- (d) their natural death has become reasonably foreseeable, taking into account all of their medical circumstances, without a prognosis necessarily having been made as to the specific length of time that they have remaining.*

Marginal note: Safeguards

(3) *Before a medical practitioner or nurse practitioner provides a person with medical assistance in dying, the medical practitioner or nurse practitioner must*

- (a) be of the opinion that the person meets all of the criteria set out in subsection (1);*
- (b) ensure that the person's request for medical assistance in dying was*
 - (i) made in writing and signed and dated by the person or by another person under subsection (4), and*
 - (ii) signed and dated after the person was informed by a medical practitioner or nurse practitioner that the person has a grievous and irremediable medical condition;*
- (c) be satisfied that the request was signed and dated by the person — or by another person under subsection (4) — before two independent witnesses who then also signed and dated the request;*
- (d) ensure that the person has been informed that they may, at any time and in any manner, withdraw their request;*
- (e) ensure that another medical practitioner or nurse practitioner has provided a written opinion confirming that the person meets all of the criteria set out in subsection (1);*
- (f) be satisfied that they and the other medical practitioner or nurse practitioner referred to in paragraph (e) are independent;*
- (g) ensure that there are at least 10 clear days between the day on which the request was signed by or on behalf of the person and the day on which the medical assistance in dying is provided or — if they and the other medical practitioner or nurse practitioner referred to in paragraph (e) are both of the opinion that the person's death, or the loss of their capacity to provide informed consent, is imminent — any shorter period that the first medical practitioner or nurse practitioner considers appropriate in the circumstances;*
- (h) immediately before providing the medical assistance in dying, give the person an opportunity to withdraw their request and ensure that the person gives express consent to receive medical assistance in dying; and*
- (i) if the person has difficulty communicating, take all necessary measures to provide a reliable means by which the person may understand the information that is provided to them and communicate their decision.*

Marginal note: Unable to sign

(4) *If the person requesting medical assistance in dying is unable to sign and date the request, another person — who is at least 18 years of age, who understands the nature of the request for medical assistance in dying and who does not know or believe that they are a beneficiary under the will of the person making the request, or a recipient, in any other way, of a financial or other material benefit resulting from that person's death — may do so in the person's presence, on the person's behalf and under the person's express direction.*

Marginal note: Independent witness

(5) *Any person who is at least 18 years of age and who understands the nature of the request for medical assistance in dying may act as an independent witness, except if they*

- (a) know or believe that they are a beneficiary under the will of the person making the request, or a recipient, in any other way, of a financial or other material benefit resulting from that person's death;*
- (b) are an owner or operator of any health care facility at which the person making the request is being treated or any facility in which that person resides;*
- (c) are directly involved in providing health care services to the person making the request; or*
- (d) directly provide personal care to the person making the request.*

Marginal note: Independence — medical practitioners and nurse practitioners

(6) *The medical practitioner or nurse practitioner providing medical assistance in dying and the medical practitioner or nurse practitioner who provides the opinion referred to in paragraph (3)(e) are independent if they*

(a) are not a mentor to the other practitioner or responsible for supervising their work;

(b) do not know or believe that they are a beneficiary under the will of the person making the request, or a recipient, in any other way, of a financial or other material benefit resulting from that person's death, other than standard compensation for their services relating to the request; or

(c) do not know or believe that they are connected to the other practitioner or to the person making the request in any other way that would affect their objectivity.

Marginal note: Reasonable knowledge, care and skill

(7) *Medical assistance in dying must be provided with reasonable knowledge, care and skill and in accordance with any applicable provincial laws, rules or standards.*

Marginal note: Informing pharmacist

(8) *The medical practitioner or nurse practitioner who, in providing medical assistance in dying, prescribes or obtains a substance for that purpose must, before any pharmacist dispenses the substance, inform the pharmacist that the substance is intended for that purpose.*

Marginal note: Clarification

(9) *For greater certainty, nothing in this section compels an individual to provide or assist in providing medical assistance in dying.*

Marginal note: Failure to comply with safeguards

241.3 *A medical practitioner or nurse practitioner who, in providing medical assistance in dying, knowingly fails to comply with all of the requirements set out in paragraphs 241.2(3)(b) to (i) and subsection 241.2(8) is guilty of an offence and is liable*

(a) on conviction on indictment, to a term of imprisonment of not more than five years; or

(b) on summary conviction, to a term of imprisonment of not more than 18 months.

Forgery

241.4 (1) *Everyone commits an offence who commits forgery in relation to a request for medical assistance in dying.*

Marginal note: Destruction of documents

(2) *Everyone commits an offence who destroys a document that relates to a request for medical assistance in dying with intent to interfere with*

(a) another person's access to medical assistance in dying;

(b) the lawful assessment of a request for medical assistance in dying; or

(c) another person invoking an exemption under any of subsections 227(1) or (2), 241(2) to (5) or 245(2).

Marginal note: Punishment

(3) *Everyone who commits an offence under subsection (1) or (2) is liable*

(a) on conviction on indictment, to a term of imprisonment of not more than five years; or

(b) on summary conviction, to a term of imprisonment of not more than 18 months.

Definition of document

(4) *In subsection (2), document has the same meaning as in section 321.*

Riassumendo, la legge rende lecita l'assistenza al suicidio nel caso in cui concorrano quattro necessarie condizioni, e cioè che il richiedente sia maggiorenne, affetto

da una malattia grave ed inguaribile, possa usufruire dei servizi sanitari finanziati dal governo e abbia espresso in forma scritta un consenso “informato” e libero da eventuali costrizioni⁶⁵.

In particolare, con “malattia grave ed inguaribile” la normativa intende *in via cumulativa qualunque patologia* (sia fisica che mentale⁶⁶), che riduca in maniera irreversibile le capacità dell’individuo, gli provochi una profonda e intollerabile sofferenza (fisica e/o psicologica), e faccia ritenere la morte ragionevolmente prevedibile⁶⁷.

Secondo la procedura delineata dalla normativa in esame, la domanda deve essere sottoscritta da due testimoni imparziali, ossia da soggetti che non appartengano al personale sanitario e non beneficino in alcun modo dalla morte del richiedente⁶⁸. Successivamente, *almeno due medici*, anch’essi indipendenti nel senso sopra indicato, dovranno verificare che tale richiesta soddisfi tutti i suddetti requisiti, sottoscrivendo un *parere favorevole* in caso di esito positivo⁶⁹.

Sembra opportuno sottolineare che la normativa contempla altresì l’ipotesi in cui il richiedente non possa adempiere autonomamente alle prescrizioni richieste dalla procedura ed abbia bisogno dell’aiuto di un terzo. In tale situazione la legge prevede, come ulteriore requisito, che il rappresentante terzo – il quale si occuperà delle diverse fasi procedurali – non risulti avere dei vantaggi di natura economica dal decesso del richiedente⁷⁰.

Infine la legge fissa un periodo di attesa di almeno dieci giorni (variabile a seconda delle condizioni di salute in cui versa il richiedente) nel quale il soggetto, che ha portato a termine la procedura, ha possibilità di cambiare opinione⁷¹.

Nel caso in cui il personale sanitario assista un soggetto al suicidio *in violazione di tali disposizioni* è integrata una condotta penalmente rilevante punita con la pena della reclusione da diciotto mesi a cinque anni⁷².

6. Conclusioni e problemi aperti.

La sequenza delle due sentenze della *Supreme Court* costituisce un esempio chiaro di interpretazione evolutiva di particolare rilievo perché segna il passaggio da un orientamento tendenzialmente impositivo, contrassegnato dalla sentenza *Rodriguez*,

⁶⁵ S. 241.2 (1) , lett a), b), c), d), e) del codice penale.

⁶⁶ La normativa, usando l’espressione “*illness, disease or disability*”, ricomprende sia le malattie fisiche che quelle mentali (quest’ultime sono state oggetto di specifico dibattito in Parlamento).

⁶⁷ S. 241.2 (2), lett a), b), c), d) del codice penale.

⁶⁸ S. 241.2 (3) del codice penale.

⁶⁹ S. 241.2 (5) del codice penale.

⁷⁰ S. 241.2 (4) del codice penale.

⁷¹ S. 241.2 (3) del codice penale.

⁷² S. 241.3 del codice penale.

in cui la normativa penale in materia di suicidio assistito è stata dichiarata conforme alla Carta dei diritti, ad uno tendenzialmente permissivo, in cui la fattispecie è stata parzialmente depenalizzata in presenza di particolari condizioni ben delineate nel giudizio *Carter*⁷³.

D'altra parte, il caso *Carter* costituisce anche un equilibrato compromesso tra il rispetto del principio di separazione dei poteri e di quello di effettività di tutela dei diritti umani. Ciò è reso evidente, innanzitutto, dalla menzionata risposta parlamentare che ha saputo, in tempi ragionevoli, dare attuazione ai diritti delineati dai giudici del Supremo Collegio, seguendo in larga parte le considerazioni e il percorso tracciato da quest'ultimo. Questa visione è ancora più palese se si confronta la suddetta soluzione con quella adottata da altri organi giurisdizionali, come la Corte Suprema nel Regno Unito nel caso *Nicklinson* del 2014, nei quali i giudici si sono limitati a lanciare un duro monito al Parlamento, senza però giungere ad una decisione vincolante per l'organo legislativo, il quale è rimasto, ad oggi, inerte⁷⁴.

⁷³ A. DI MARTINO, *La Corte Suprema*, cit., p. 3. Nel modello a tendenza impositiva si esclude un dovere generale di mantenersi in vita o di essere curati; di conseguenza in tali ordinamenti giuridici è riconosciuto il diritto al rifiuto dei trattamenti medici sanitari non obbligatori, ma non sono previste delle normative che, a particolari condizioni, legalizzino le ipotesi di suicidio assistito o eutanasia attiva volontaria. Il modello a tendenza permissiva si caratterizza invece – oltre che, ovviamente, per il riconoscimento del diritto di opporsi alle cure – per la non punibilità, in presenza di determinati presupposti, delle condotte poste in essere dal personale sanitario e dirette a provocare direttamente la morte del paziente o ad assisterlo nel suicidio, su richiesta di quest'ultimo. Al riguardo, cfr. ex multis: C. CASONATO, *Il consenso informato. Profili di diritto comparato*, in *Diritto Pubblico Comparato ed Europeo*, 2007, p. 1055, 1056.

⁷⁴ Il giudizio riguardava Tony Niklinson il quale, a seguito di un ictus, era affetto della cosiddetta “locked-in-syndrome” (o “sindrome del chiavistello”) che comporta la paralisi quasi totale del corpo, pur non costituendo una malattia terminale. Il signor Nicklinson, richiedeva di emettere una dichiarazione che sancisse, in via alternativa o cumulativa: la liceità, in forza della “defence of necessity” di common law, di un'eventuale condotta, compiuta dal medico curante, corrispondente alla somministrazione di un'iniezione letale o all'assistenza al suicidio; e l'incompatibilità tra gli articoli 2 e 8 della CEDU e la normativa penale del Regno Unito relativa all'omicidio e il *Suicide Act* che incrimina, alla sezione 2(1), l'assistenza al suicidio, nella misura in cui tale legislazione riguardava anche condotte di eutanasia attiva volontaria e di suicidio assistito, senza prevedere delle eccezioni a determinate condizioni. Benché la *Supreme Court* del Regno Unito nel 2014 rigetti tutte le istanze proposte, la maggioranza dei giudici ha ritenuto che la normativa del *Suicide Act*, interferisca con il *right of self-determination*, riconducibile al diritto alla *privacy* ex art.8 comma I della CEDU, e che tale restrizione non fosse giustificata dalla seconda parte della menzionata disposizione (come, invece, avevano affermato in *Pretty*) ed, in particolare, i giudici sono concordi sul fatto che non sia rispettato il requisito della proporzionalità, dato che la norma penale prevede delle misure eccessive rispetto all'obiettivo perseguito. A sostegno di ciò i giudici sottolineano come la normativa incriminatrice si estenda sia nei confronti di coloro che necessitano della protezione della legge in quanto soggetti “deboli”, sia verso gli individui non “vulnerabili”: la legge, non ammettendo eccezioni, viola il *right of privacy* di quest'ultima categoria di persone, senza una legittima giustificazione. Osserviamo che il Supremo Collegio inglese ha escluso la dichiarazione di incostituzionalità per mere ragioni di “opportunità” (“politica” più che di diritto stretto), sostenendo che il Parlamento costituirebbe il “preferable forum” e privando così di un'effettiva tutela i ricorrenti e tutti gli altri soggetti in analoghe situazioni, sebbene la maggioranza dei giudici avesse riconosciuto l'esistenza del loro diritto e la sua ingiustificata restrizione. R (on the

Non si è trattato dunque di un'indebita ingerenza dei giudici nel processo democratico. Al contrario, le autorità giurisdizionali insieme al Parlamento si sono dimostrati essere poteri complementari che non si annullano a vicenda, ma che permettono una protezione della intera popolazione, della maggioranza, rappresentata dall'organo legislativo, e delle minoranze, i cui diritti inviolabili e universali sono tutelati dalle corti⁷⁵.

Solo un accenno, in via di conclusione, merita di essere effettuato in relazione ai punti rispetto ai quali la nuova normativa si discosta rispetto alla sentenza *Carter*⁷⁶.

La prima grande divergenza risiede nel fatto che il *focus* della Corte Suprema ha riguardato *la percezione soggettiva dell'individuo in relazione alla propria condizione*.

Ciò emerge, per esempio, dal passaggio in cui i giudici precisano che, ai fini della sussistenza di una condizione medica "irrimediabile", non è necessario che siano stati esperiti tutti i trattamenti suggeriti dal personale sanitario, in particolare quelli ritenuti inaccettabili dall'individuo⁷⁷; è dunque evidente che, ad avviso dei giudici, per dichiarare l'"inguaribilità" della malattia non si debba adottare il punto di vista della scienza medica – la quale può prospettare diverse terapie nel tentativo di contrastare l'avanzare della malattia – bensì è sufficiente che sia il soggetto a reputare la malattia "non guaribile", stabilendo lui stesso, secondo la sua personale concezione di dignità, fino a che punto sia disposto a sottoporsi alle terapie suggerite dalla letteratura scientifica, non essendo egli tenuto a intraprenderle tutte prima di poter ricorrere al suicidio assistito.

Diversa è, invece, l'impostazione della legge, frutto di un compromesso tra *House of Commons* e Senato. Infatti, il testo tenta di ancorare le condizioni a parametri più oggettivi e valutabili dall'esterno: si legge, per esempio, che, per potersi considerare "irrimediabile" la morte deve essere "ragionevolmente prevedibile"⁷⁸. Anche se la legge

application of *Nicklinson and another* (AP) (Appellants) v. Ministry of Justice (2014) UKSC 38 in *westlaw.com*. Sul punto si veda: I. BRASSINGTON, *Legal Comment on Nicklinson, Lamb and AM Appeals*, in *Journal of Medical Ethics blog*, 2014, p. 1 ss. I. BRASSINGTON, *Legal Comment on Nicklinson*, cit., p. 1 ss.

⁷⁵ Cfr. R. PERRONE, *Il concetto di public morals nella giurisprudenza della Corte europea dei diritti umani: spunti per l'elaborazione di una "moralità pubblica" - Parte 1*, in *Diritti umani e diritto internazionale*, 2013, fascicolo 1, p. 48. S. MANCINI, *Lautsi II: la rivincita della tolleranza preferenzialista*, in *Quaderni costituzionali*, 2011, p. 1 ss. Per un approfondimento circa il cosiddetto "attivismo giudiziale" (traduzione italiana dalla nota espressione del lessico giuridico nordamericano di "*judicial activism*"). Cfr. F. VIGANÒ, *Decisioni mediche di fine vita e "attivismo giudiziale"*, 2008, fascicolo 4, p. 1594. M. P. IADICCIO, *La diagnosi genetica reimpianto nella giurisprudenza italiana ed europea*, in *Quaderni costituzionali*, 2015, p. 327. R. HIRSCHL, *Towards Juristocracy. The Origins and the Consequences of the New Constitutionalism*, USA, 2004, p. 12 ss. M. CARTABIA, *L'universalità dei diritti umani nell'età dei nuovi diritti*, in *Quaderni costituzionali*, 2009, p. 537-568.

⁷⁶ La legge è più restrittiva anche rispetto al disegno presentato dalla commissione parlamentare speciale che era stata istituita per studiare la questione; in tale documento si proponeva di estendere il sostegno alla morte assistita anche ai minori "maturi" (come accade in Belgio).

⁷⁷ *Carter v. Canada* (Attorney General) 2015 SCC 5, cit., paragrafo 127.

⁷⁸ S. 241.2 (2) del codice penale.

stessa esclude espressamente che si debba operare un giudizio prognostico sul decorso della malattia⁷⁹ (come, invece, accade, per esempio, nello Stato americano dell'Oregon, dove è necessario che al soggetto richiedente sia stata diagnosticata un'aspettativa di vita di sei mesi⁸⁰), è altrettanto evidente che sia comunque necessaria una valutazione clinica da parte del personale sanitario affinché si possa stabilire quando il decesso è "ragionevolmente prevedibile".

L'obiettivo dei parlamentari sembra essere quello di evitare eventuali abusi, bilanciando il diritto di autodeterminazione terapeutica con quello della sacralità della vita. Tuttavia, in questo modo, risultano escluse molte situazioni tra cui quelle che hanno rappresentato il "cuore" di numerosi procedimenti giudiziari in materia di suicidio assistito, come nello stesso caso *Carter*.

Infatti, a causa di tale formulazione, la legge preclude la possibilità di essere assistiti ai soggetti che soffrono di malattie per le quali è comunque possibile diagnosticare una lunga aspettativa di vita, come accade in presenza di alcune patologie mentali o neurodegenerative.

E' opportuno sottolineare che la maggior parte dei ricorsi in materia di suicidio assistito, presentati sia in Canada che nel resto del mondo, hanno riguardato soggetti affetti da SLA o comunque da malattie non terminali (si pensi, nell'ordinamento canadese, alla stessa Rodriguez, alla signora Gloria Carter⁸¹ o in Europa a Ms. Pretty o al signor Nicklinson, affetto dalla "sindrome del chiavistello", nel Regno Unito⁸²) ed è proprio in tali giudizi – e, dunque, in relazione a tali quadri clinici – che è stato plasmato il contenuto del *diritto di autodeterminazione* in materia di suicidio assistito.

D'altra parte ci sembra di poter notare che la sofferenza patita da coloro che richiedono assistenza al suicidio non è necessariamente connessa alla consapevolezza

⁷⁹ S. 241.2 (2) d) del codice penale.

⁸⁰ In particolare il ODWDA (in vigore dal 1997) richiede che il soggetto interessato sia *residente* nello Stato dell'Oregon, affetto da un *malattia terminale* con aspettativa di vita di *sei mesi, maggiorenne, capace di intendere e volere*, che abbia espresso il proprio *consenso* adempiendo a determinate *formalità* (il consenso, per esempio, deve essere prestato per iscritto alla presenza di almeno due testimoni). Osserviamo che anche l'ODWDA ha introdotto specifiche norme incriminatrici al fine di tutelare il soggetto da eventuali *abusi*: si integra il reato di *Class A felony* nel caso in cui si alteri una richiesta senza il consenso del paziente, mentre si eserciti un'*illegittima influenza (undue influence)* sul paziente quando si interferisce nella formazione della volontà di quest'ultimo. Cfr. M. REBECCA, *Il giudizio della Corte Suprema U.S.A. sull'Oregon Death with Dignity Act del 1994*, in *Diritto penale XXI secolo*, 2006, p. 352.

⁸¹ Peraltro si ricorda che gli stessi giudici della Corte Suprema dichiarano specificatamente: "The scope of this declaration is intended to respond to the factual circumstances in this case. We make no pronouncement on other situations where physician-assisted dying may be sought". *Carter v. Canada* (Attorney General) 2015 SCC 5, cit., paragrafo 127.

⁸² Per lo più si è trattato di casi riguardanti soggetti affetti da *malattie neurodegenerative*, mentre rari sono stati i giudizi concernenti individui affetti esclusivamente da malattie mentali, per gli ovvi problemi relativi all'accertamento della capacità di intendere e di volere del soggetto. Si veda il già citato caso *Haas c. Svizzera* del 2011 deciso dalla Corte EDU. Cfr. *supra*, nota 1. In dottrina vedi, *ex multis*: I. COLUSSI, *Quando a Strasburgo si discute di fine vita*, cit., p. 450.

di una morte imminente, ma, nella maggior parte dei casi, alla presenza di particolari condizioni, cagionate dalla malattia, che impediscono al singolo individuo di vivere in maniera degna, secondo la propria concezione personale⁸³.

Peraltro, lo stesso diritto a richiedere assistenza al suicidio viene garantito dalla Corte Suprema non in quanto diritto che anticipa la morte, quando questa è prossima e inevitabile, (come se il diritto alla vita divenisse diritto disponibile solo quando è destinato a venire meno nel breve termine), ma in quanto diritto dell'individuo, il quale può essere ristretto, imponendo la presenza di particolari condizioni ai fini del suo esercizio, al solo scopo di tutelare i soggetti più vulnerabili. Come ribadito in numerosi provvedimenti, in molti casi le persone affette da malattie degenerative non terminali sono pienamente capaci e consapevoli e non costituiscono quella fetta di individui che rischiano di essere vittime di abusi da parte di terzi⁸⁴.

Per quanto concerne *la seconda divergenza* tra la sentenza *Carter* e la legge in esame, osserviamo che la sezione 241.2 (1) sub a) impone quale condizione necessaria, che l'interessato sia ammesso all'assistenza sanitaria finanziata dal governo⁸⁵. Di tale ulteriore requisito, di cui non si fa invece menzione nella sentenza della Corte, è comprensibile la *ratio*: il fine è quello di limitare l'accesso al suicidio assistito ai soli cittadini canadesi e ai residenti permanenti in modo da prevenire il "turismo" del suicidio assistito.

Infine, relativamente all'*ultima difformità* tra il testo della sentenza e quello della normativa, si osserva che, mentre nel primo il suicidio assistito ha rappresentato il principale oggetto di analisi, nella legge si ricomprendono, all'interno della nozione di "assistenza medica al suicidio" *due distinte fattispecie* di "*End-of-Life Decisions*": il *suicidio assistito "in senso stretto"* e l'*eutanasia attiva volontaria*, secondo la definizione comunemente accettata da dottrina e giurisprudenza (canadese e internazionale) a cui si è fatto cenno⁸⁶.

Si tratta, a parere di chi scrive, di un'importante applicazione del *principio di uguaglianza inteso in senso sostanziale*; invero, equiparare tali "decisioni di fine vita" significa sottolinearne l'*esercizio del diritto di autodeterminazione*, come espressione del principio di *autonomia personale*, che viene garantito sia da parte di quei *soggetti che possono autonomamente darsi la morte* – e ai quali sarà sufficiente prescrivere il medicinale letale che verrà assunto in maniera indipendente – sia in capo a coloro che, a causa di *deficit* fisici, non possono suicidarsi senza l'aiuto attivo del personale

⁸³ Cfr. S. SEMPLICI, *Il diritto di morire bene*, 2002, p. 179 ss.

⁸⁴ Per citare un esempio: la stessa *House of Lords* nel citato caso *Pretty*, pur non riconoscendo l'esistenza del diritto a richiedere assistenza al suicidio, ammette che la ricorrente non rappresenta un soggetto vulnerabile che necessita di tutela, ma costituisce un individuo in grado di prendere delle scelte consapevoli sulla propria vita personale. *R (on the application of Pretty) v. Director of Public Prosecutions and Secretary of State of Home Department* (2001) UKHL 61, paragrafi 1 ss.

⁸⁵ S. 241.2 (1) a) del codice penale.

⁸⁶ S. 241.1 del codice penale. Cfr. *supra*, paragrafo 1.

sanitario, il quale dovrà *direttamente iniettare la sostanza* che cagionerà la morte del paziente⁸⁷.

Restano da vedere quali saranno i futuri mutamenti in forza del “dialogo transnazionale” tra le Corti costituzionali, nel quale la Corte suprema del Canada è sicuramente percepita come un attore di primo piano. Invero, la sentenza *Carter* pare destinata a costituire senza dubbio un precedente “ingombrante” nel momento in cui altri organi giurisdizionali, primo tra tutti la Corte EDU, saranno nuovamente chiamati a esaminare la questione, particolarmente sensibile, della legalizzazione della pratica del suicidio assistito, soprattutto se si considera che si sta via via perdendo il noto *consensus* sulla liceità dell’incriminazione di simili condotte, spesso invocato in passato come “cavallo di battaglia” a sostegno della loro rilevanza penale⁸⁸.

⁸⁷ Alcuni Autori sottolineano che, se non si vuole considerare il diritto al suicidio come esercizio di un vero e proprio diritto a morire, esso rappresenta quantomeno una manifestazione del diritto di autodeterminazione della persona umana. Cfr. F. MANTOVANI, *Delitti contro la persona*, cit., p. 46, 124 ss. Peraltro, a ben vedere, confrontando le diverse fattispecie dell’*eutanasia passiva, attiva* e del *suicidio assistito*, si evince che si tratta dell’esercizio del medesimo diritto inquadrato in un diverso quadro clinico e, come sottolinea parte della dottrina, nasce dall’esigenza di ripensare l’ammissibilità delle ipotesi *volontarie* di fine vita a prescindere dalle modalità (omissiva o attiva, tramite prescrizione dei medicinali o iniezione della sostanza letale) con cui il personale sanitario realizza la *volontà libera e consapevole* del paziente. In tal modo si eviterebbe di creare *ingiustificate discriminazioni* tra i pazienti e una maggiore organicità del sistema proprio perché un diritto soggettivo, qual è quello di autodeterminazione, è tale in quanto determina per lo Stato non solo il *dovere negativo* di non impedire all’individuo il libero esercizio di tale facoltà, ma anche quello di *agire positivamente per rimuovere* le condizioni che ostacolano l’esercizio di tale diritto, in particolare *mettendo a disposizione del cittadino i mezzi indispensabili* a tal fine e dei quali fosse sprovvisto in conseguenza di specifici definiti connessi alle condizioni della sua esistenza. Cfr., *ex multis*: G. FIANDACA, *I delitti contro la persona*, cit., p. 38, 39. S. SEMPLICI, *Introduzione*, cit, p. 21 (il dibattito, precisa l’Autore, si concentra sulla nozione di “capabilities”, ossia di “quell’insieme di occasioni economiche, libertà personali, garanzie di trasparenza e disponibilità di strumenti operativi che è compito delle istituzioni garantire ad ogni essere umano”).

⁸⁸ Cfr. E. STEFANELLI, *Importante overruling*, cit., p. 8. : I. COLUSSI, *Quando a Strasburgo si discute di fine vita*, cit., p. 450 ss. G. DE VERGOTTINI, *Oltre il dialogo tra le Corti*, Bologna, 2010, p. 1 ss.