



5 NOVEMBRE 2025

Fine vita e suicidio medicalmente assistito: dalla sentenza n. 242 del 2019 alla recentissima sentenza n. 132 del 2025. Tra (presunti) diritti, perdurante necessità di tutela degli individui fragili e vulnerabili, possibili interventi legislativi e rischio di un progressivo deterioramento costituzionale

di Francesco Giuseppe Campodonico

Dottorando di ricerca in Teoria dei diritti fondamentali, Giustizia costituzionale, Comparazione giuridica, Diritto e religione
Università degli Studi di Pisa



Fine vita e suicidio medicalmente assistito: dalla sentenza n. 242 del 2019 alla recentissima sentenza n. 132 del 2025. Tra (presunti) diritti, perdurante necessità di tutela degli individui fragili e vulnerabili, possibili interventi legislativi e rischio di un progressivo deterioramento costituzionale*

di Francesco Giuseppe Campodonico

Dottorando di ricerca in Teoria dei diritti fondamentali, Giustizia costituzionale, Comparazione giuridica, Diritto e religione
Università degli Studi di Pisa

Abstract [It]: Il contributo si pone l'obiettivo di effettuare un'analisi approfondita delle varie "tappe" che hanno caratterizzato il dibattito italiano su fine vita e suicidio medicalmente assistito, al fine di interrogarsi rispetto alla compatibilità, rispetto al nostro ordinamento costituzionale, di un presunto "diritto alla morte medicalmente assistita, e su alcune criticità che, alla luce dei recentissimi sviluppi con riferimento alla possibile approvazione di una disciplina legislativa in materia, paiono incombenti.

Title: End-of-life and physician-assisted suicide: from ruling no. 242 of 2019 to the very recent ruling no. 66 of 2025. Reconstructing a particularly tortuous path, amidst (alleged) rights, the ongoing need to protect fragile and vulnerable individuals, potential legislative interventions, and the risk of progressive constitutional deterioration

Abstract [En]: The contribution aims to carry out an in-depth analysis of the various "stages" that have featured the Italian debate on end-of-life and medically assisted suicide, in order to question the compatibility, with our constitutional system, of a presumed "right to medically assisted death, and on some critical issues that, in light of the very recent developments with reference to the possible approval of a legislative provision on the matter, appear to be looming.

Parole chiave: Fine vita, suicidio medicalmente assistito, autodeterminazione, dignità della persona umana, cure palliative

Keywords: End of life, physician-assisted suicide, self-determination, human dignity, palliative care

Sommario: 1. Introduzione. 2. Cosa ha davvero affermato la Corte costituzionale con la "doppia pronuncia Cappato". 3. Quali ulteriori iniziative a seguito della doppia pronuncia della Corte? 3.1. La via referendaria al suicidio assistito. 3.2. La via regionale al suicidio assistito. 4. La sentenza n. 135 del 2024 della Corte costituzionale. Continuità nella discontinuità? 5. La sentenza n. 66 del 2025. Una (rinnovata) attenzione alla tutela degli individui fragili e vulnerabili: il "doppio livello" di protezione individuato in concreto dalla Consulta. 6. Sulla compatibilità di un presunto diritto "alla morte medicalmente assistita" con il nostro ordinamento costituzionale. 7. Qualche notazione conclusiva alla luce del c.d. "testo base" sul fine vita presentato dalla maggioranza e della recente sentenza della Corte costituzionale n. 132 del 2025.

* Articolo sottoposto a referaggio.

1. Introduzione

Quella del fine vita rappresenta, senza dubbio, una tematica estremamente attuale e controversa, anche in virtù della delicatezza dei diritti e delle vicende umane ad essa sottese.

Si tratta, inoltre, di una materia quantomai complessa, che coinvolge non solo una pluralità di branche del diritto (costituzionale, penale, civile, ecc.), ma anche una molteplicità di ulteriori discipline (la medicina, l'economia, la sociologia, la bioetica, ecc.).

Certamente, è possibile ravvisare una qualche forma di connessione tra le problematiche di inizio e fine vita (e, più in generale, l'intera categoria del c.d. “biodiritto”) ed il progresso scientifico¹: infatti, lo sviluppo e l'avanzamento della scienza medica, che ha reso possibile, fra le altre cose, la conservazione delle funzioni vitali in situazioni un tempo impensabili, ha posto altresì alcune delicate questioni, come ad esempio quella inerente alla proporzionalità dei trattamenti sanitari ed al c.d. “accanimento terapeutico”². Tutto ciò ha rinvigorito e fornito nuovi argomenti alla corrente di pensiero favorevole all'introduzione, nei vari ordinamenti, dell'eutanasia o di altri c.d. “innesti eutanasici”³.

Ma, per l'appunto, il dibattito sul fine vita ha radici ben più antiche, che risalgono addirittura al pensiero filosofico del VI secolo a.C., per poi ridiscendere attraversando le diverse epoche storiche, fino a giungere all'età contemporanea⁴.

¹ In generale, sul rapporto tra scienza e diritto, cfr. A. BALDASSARRE, *Le biotecnologie e il diritto costituzionale*, in M. VOLPI (a cura di), *Le biotecnologie: certezze e interrogativi*, Il Mulino, Bologna, 2001; A. D'ALOIA, *Norma, Giustizia, Diritti nel tempo delle bio-tecnologie: note introduttive*, in ID., *Bio-tecnologie e valori costituzionali il contributo della giustizia costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2005; ID., *Tutela della salute, valutazioni tecnico-scientifiche, limiti all'autonomia regionale. Appunti di giurisprudenza costituzionale*, in L. VIOLINI (a cura di), *Verso il decentramento delle politiche di welfare, Incontro di studi “Gianfranco Mor” sul diritto regionale*, Giuffrè, Milano, 2011; A. SANTOSUOSO, *Diritto, scienza, nuove tecnologie*, Cedam, Padova, 2011; G. DEMURO, *La ricerca scientifica e il diritto alla salute*, in *Rivista AIC*, n. 4/2013, 06.12.2013; S. PENASA, *La legge della scienza: nuovi paradigmi di disciplina dell'attività medico-scientifica. Uno studio comparato in materia di procreazione medicalmente assistita*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2015; E. CASTORINA, *Scienza, tecnica e diritto costituzionale*, in *Rivista AIC*, n. 4/2015, 30.10.2015; E. CHELI, *Scienza, tecnica e diritto: dal modello costituzionale agli indirizzi della giurisprudenza costituzionale*, in *Rivista AIC*, n. 1/2017, 27.02.2017; G. FONTANA, *Ricerca scientifica e libertà di cura. Scientismo ed antiscientismo nella prospettiva costituzionale*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2019; L. VIOLINI, *La complessa, multiforme relazione tra scienza e diritto: tracce per una tassonomia*, in B. LIBERALI, L. DEL CORONA (a cura di), *Diritto e valutazioni scientifiche*, Giappichelli, Torino, 2022, 19 ss.

² L'accanimento terapeutico viene definito dall'art. 14 del Codice di Deontologia medica quale “l'ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per il paziente o un miglioramento della qualità di vita”; cfr. inoltre l'art. 2, comma 1, della Legge 22 dicembre 2017, n. 219, dove si legge che “Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico” ed il comma successivo del medesimo articolo, ai sensi del quale “Nei casi di paziente con prognosi infissa a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati.”

³ L'espressione è mutuata dal titolo del libro di G. RAZZANO, *La legge n. 219/2017 su consenso informato e DAT, fra libertà di cura e rischio di innesti eutanasici*, Giappichelli, Torino, 2019. Con essa si intende fare riferimento a tutte le pratiche e le forme eutanasiche, non solo al c.d. suicidio medicalmente assistito.

⁴ Per una ricostruzione delle varie tappe storiche e filosofiche che hanno caratterizzato il dibattito sul fine vita e sulla liceità di condotte eutanasiche, cfr. G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2014, spec. 13 ss.; ID., *Sulla sostenibilità della dignità come autodeterminazione*, in *BioLaw Journal- Rivista di Biodiritto*, special issue n. 2/2019, 95 ss.

Probabilmente non è affatto casuale che, soprattutto dagli inizi del Novecento, uno dei contesti di maggiore sviluppo dei movimenti favorevoli all'introduzione di "forme eutanasiche" sia quello degli Stati Uniti⁵. Proprio qui, infatti, si sarebbero create le premesse, culturali e politiche, per l'avvento di quella peculiare concezione del diritto alla privacy e del principio di non discriminazione dalle quali sarebbe poi promanata, a partire dagli anni '60, la stagione dei diritti individuali del costituzionalismo americano. Non è casuale in quanto "quello che vediamo accadere oggi nelle applicazioni giurisprudenziali più recenti è esattamente il frutto dell'aver individuato nell'autodeterminazione – nelle sue varie varianti lessicali: privacy, autonomia individuale, libertà positiva etc. – il fondamento dei diritti della persona"⁶.

Con riferimento all'oggetto di questo scritto, i giorni nostri vedono il tentativo di configurare un vero e proprio diritto costituzionalmente garantito alla morte medicalmente assistita, fondato, come meglio si vedrà nel corso del presente scritto, sul principio di autodeterminazione dell'individuo⁷, declinato in chiave esclusivamente individualista, e sulla dignità umana, concepita in senso strettamente soggettivo.

⁵ Qui, infatti, a partire dalla teoria eugenetica di Charles Darwin, tradotta all'interno delle scienze sociali dal medesimo autore in quello che viene definito "Darwinismo sociale" (cfr. C. DARWIN, *The descent of man, and selection in relation to sex*, Londra, 1871, traduzione italiana a cura di C. Pancaldi, 2009), si è giunti dapprima a considerare l'opportunità di introduzione di procedure di sterilizzazione coercitiva dei soggetti che si riteneva avrebbero potuto trasmettere ai propri figli dei tratti genetici "corrotti"; dappoi, a sostenere l'opportunità dell'introduzione di forme eutanasiche e di suicidio assistito per i c.d. "unfit", per tali intendendosi i bambini nati con deformità o difetti congeniti, nonché gli individui adulti c.d. "deboli di mente", ovvero portatori di handicap mentali (celebre, sul punto, il "caso Bollinger"). Al culmine di tale processo ideologico-propagandistico, si è giunti all'avvento di vere e proprie associazioni di intellettuali ed attivisti aventi per finalità l'introduzione nei vari ordinamenti di eutanasia e suicidio assistito, fra le quali l'*Euthanasia Society of America* (ESA) e la *National Society for the legalization of Euthanasia* (NSLE); su questi profili, cfr. M. RONCO, *Impegno solidale per la vita*, in ID. (a cura di), *Il diritto di essere uccisi: verso la morte del diritto*, Giappichelli, Torino, 2019, 131 ss., anche per i numerosi riferimenti bibliografici.

⁶ Cfr. M. CARTABIA, *I nuovi diritti*, in *Scritti in onore di F. Modugno*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2011, 638 ss.

⁷ Cfr. ad es. H. JONAS, *Il diritto di morire* (1978), Il Nuovo Melangolo, Genova, 1997; D. NERI, *Eutanasia. Valori, scelte morali, dignità delle persone*, Laterza, Roma-Bari, 1995; S. RODOTÀ, *La vita e le regole. Tra diritto e non diritto*, Feltrinelli, Milano, 2006, 254; U. VERONESI, *Il diritto di morire. La libertà del laico di fronte alla sofferenza*, Mondadori, Milano, 2005; A. SANTOSUOSSO, *Eutanasia, in nome della legge*, in *Micromega*, n. 1/2007, 28 ss.; S. RODOTÀ, *Nuovi soggetti, nuovi diritti, nuovi conflitti*, in F.G. PIZZETTI, M. ROSTI (a cura di), *Soggetti, diritti, conflitti: percorsi di ridefinizione*, Giuffrè, Milano, 2007; G. GEMMA, *Vita (diritto alla)*, in *Dig. disc. pubbl.*, IV ed., vol. XV, Utet, Torino, 1999, 671; G.U. RESCIGNO, *Dal diritto di rifiutare un determinato trattamento sanitario secondo l'art. 32, comma 2, Cost., al principio di autodeterminazione intorno alla propria vita*, in *Diritto Pubblico*, n. 1/2008, 102 ss.; M. DONINI, *La necessità di diritti infelici. Il diritto di morire come limite all'intervento del Legislatore penale*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2016, 554 ss.; ID., *Antiguridicità e giustificazione oggi. Una "nuova" dogmatica, o solo una critica per il diritto penale moderno?*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2009, 1658 ss.; ID., *Libera nos a malo. I diritti di disporre della propria vita per neutralizzare il male*, in G. D'ALESSANDRO, O. DI GIOVINE (a cura di), *La Corte costituzionale e il fine vita. Un confronto interdisciplinare sul caso Cappato-Antoniani*, Giappichelli, Torino, 2020, 221 ss.; M. VILLONE, *Il diritto di morire*, Scriptaweb, Napoli, 2011; G. MANIACI, *Perché abbiamo un diritto costituzionalmente garantito all'eutanasia e al suicidio assistito*, in *Rivista AIC*, n. 1/2019, 262 ss.; G. GEMMA, *Dignità ed eutanasia: non c'è antitesi. Note a margine di un'opera recente di una costituzionalista cattolica*, in *Materiali per una storia della cultura giuridica*, n. 1/2016, 253 ss.; per G. ROLLA, *Il valore normativo del principio di dignità umana. Brevi considerazioni alla luce del costituzionalismo iberamericano*, in *Diritto Pubblico Comparato ed Europeo*, 2003, 1880, il diritto alla vita può trovare un limite nel rispetto della dignità umana – che è valore assoluto e minimum invulnerabile – con la conseguenza del diritto ad una morte degna, del diritto ad interrompere la propria vita, della non punibilità di eutanasia e suicidio. Ancora, S. STAIANO, *Legiferare per dilemmi sulla fine della vita: funzione del diritto e moralità del legislatore*, in *Federalismi.it*, n. 9/2012, 9, afferma che «la dignità è dunque concepibile solo come connessa al perdurare della persona nella sua unicità e irripetibilità e nella libera determinazione del suo progetto

Tale ricostruzione è riassumibile nell'assunto per il quale la vita umana sarebbe inviolabile solo a condizione che essa sia “*created [...] by personal choice, training commitment and decision*”⁸.

Sempre in tale prospettiva, non si può considerare una mera coincidenza la circostanza per la quale la corrente di pensiero sostenitrice di un vero e proprio diritto di spessore costituzionale alla morte si sia, in qualche modo, innestata sulla discussione inerente all'autodeterminazione terapeutica del paziente. Come noto, infatti, è oramai pacifico e consolidato l'approdo che qualifica la libertà di cura, nel più generale ambito del diritto alla salute⁹, anche come libertà negativa, ossia come possibilità di rifiutare la somministrazione o la prosecuzione di un determinato trattamento sanitario, anche qualora, da tale scelta, possa derivare la morte del paziente. Il diritto alla salute comprende, pertanto, anche la libertà di non curarsi, alla quale corrisponde il divieto, per lo Stato (salvi i casi ricompresi nella riserva di Legge ex art. 32, comma 2 Cost.), di somministrare un trattamento sanitario contro la volontà del paziente¹⁰.

Un ruolo di grande importanza è assunto, perciò, dal principio del consenso informato¹¹, definito dalla Corte costituzionale quale “sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione

di vita» e che «dall'art. 32 e dall'art. 2 della Costituzione, dunque, si ricava un diritto che si sostanzia nel principio di autodeterminazione».

⁸ R. DWORKIN, *Life's Dominion. An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, Random House USA Inc., New York, 1993, cit., pag. 93, così come richiamato da G. RAZZANO, *Sulla sostenibilità della dignità come autodeterminazione*, in *BioLaw Journal- Rivista di Biodiritto*, special issue n. 2/2019, 95 ss., 101.

⁹ In generale, sul diritto alla salute, cfr. almeno L. CARLASSARE, *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in R. ALESSI (a cura di), *L'amministrazione sanitaria*, Neri Pozza, Milano, 1967; F. D. BUSNELLI, U. BRECCIA (a cura di), *Il diritto alla salute*, Zanichelli, Bologna, 1979; M. LUCIANI, *A proposito del diritto alla salute*, in *Diritto e Società*, 1979, 409 ss.; ID., *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e Società*, 1980, 769 ss.; B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e Società*, 1984, 53 ss.; ID., *Art. 32*, in V. CRISAFULLI, L. PALADIN (a cura di) *Commentario breve alla Costituzione*, Cedam, Padova, 1990, 215 ss.; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e Società*, 1983, 21 ss.; L.A. PIRAINO, *Valore della persona e tutela della salute*, in *Diritto famiglia e persona*, 1991, 1089 ss.; A. POGGI, *Crisi economica e crisi dei diritti sociali nell'Unione Europea*, in *Rivista AIC*, n. 1/2017, 1 ss.; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Giuffrè, Milano, 2002; R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, VI, Giuffrè, Milano, 2006, 5394 ss.; A. SIMONCINI, E. LONGO, *Art. 32*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di) *Commentario alla Costituzione*, I, Utet, Torino, 2006, 655 ss.; R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2013; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale. Lezioni*, Giappichelli, Torino, IV ed., 2021.

¹⁰ Su cui cfr. G. CRISCUOLI, *Sul diritto a rifiutare le cure*, in *Riv. Dir. Civ.*, 1977, 98 ss.; F. MODUGNO, *Trattamenti sanitari "non obbligatori" e Costituzione (a proposito del rifiuto delle trasfusioni di sangue)*, in *Diritto e Società*, 1982, 303 ss.; E. CAVASINO, *Trattamenti sanitari obbligatori*, in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, VI, Giuffrè, Milano, 2006, 5961 ss.; D. MORANA, *Libertà costituzionali e prestazioni personali imposte. L'art. 23 Cost. come norma di chiusura*, Giuffrè, Milano, 2007; F. SORRENTINO, *Diritto alla salute e trattamenti sanitari; sulla facoltà del malato di interrompere le cure (tra art. 32 Cost. e c.p.)*, in *Quaderni regionali*, 2007, 441 ss.; N. VICECONTE, *Il diritto di rifiutare le cure: un diritto costituzionale non tutelato? Riflessione a margine di una discussa decisione del giudice civile sul "caso Welby"*, in *Giur. Cost.*, 2007, 2359 ss.; A. NICOLUSSI, *Al limite della vita: rifiuto e rinuncia ai trattamenti sanitari*, in *Quaderni Costituzionali*, n. 2/2010, 269 ss.

¹¹ In generale, sul consenso informato, cfr. G. RAZZANO, *Principi costituzionali ed ambito di applicazione del consenso informato*, in A. CAGNAZZO (a cura di), *Trattato di diritto e bioetica*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2017, 11 ss.; G. GRASSO, *Consenso informato, libertà di scelta e disponibilità del proprio corpo*, in G. COCCO (a cura di), *Lo statuto giuridico delle informazioni*, Giuffrè, Milano, 2012, 19 ss.; C. QUAGLIARIELLO, C. FIN, *Il consenso informato in ambito medico Un'indagine antropologica e giuridica*, Il Mulino, Bologna, 2016; E. ROSSI, *Profili giuridici del consenso informato: i fondamenti costituzionali e gli ambiti di applicazione*, in *Rivista AIC*, n. 4/2011, 08.11.2011, 1 ss; R. BALDUZZI, D. PARIS, *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione delle competenze legislative*, in www.personaedanno.it, maggio 2009; C. CASONATO, *Il*

e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative”¹².

Tuttavia, far discendere dal diritto al rifiuto delle cure, altresì, un ulteriore diritto ad ottenere la morte dal personale medico-sanitario¹³ è operazione, invero, tutt’altro che scontata; infatti, la richiesta a terzi di trattamenti volti a procurare intenzionalmente la morte ed il rifiuto dei trattamenti terapeutici sono situazioni giuridiche nettamente distinte; per tale motivo, la classificazione che distingue tra eutanasia attiva ed eutanasia passiva è suscettibile di generare confusione¹⁴, in quanto l’eutanasia presuppone necessariamente una condotta intenzionalmente/volontariamente orientata a provocare la morte del paziente¹⁵.

In definitiva, il fine vita ha rappresentato, fin dalle sue origini più risalenti, terreno di incontro/scontro tra concezioni alternative dello statuto costituzionale della persona umana, e primo fra tutti di un principio che, senza dubbio, rientra nel “nucleo duro” del nostro ordinamento costituzionale, ossia la dignità umana: da una parte, infatti vi è una ricostruzione di quest’ultima che si risolve interamente nei diversi concetti di autodeterminazione e di qualità della vita; dall’altra, invece, una visione di dignità quale “qualità inerente sempre e comunque l’essere uomo”, che ne valorizza la componente oggettiva,

consenso informato. *Profilo di diritto comparato*, disponibile al seguente link: https://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni_seminari/Consenso_informato_Casonato.pdf.

¹² Cfr. Corte cost., sent. n. 438 del 2008, punto 4 in dir.

¹³ Così F. RAMACCI, *Premesse alla revisione della Legge penale sull’aiuto a morire*, in *Studi in memoria di P. Nuvolone*, II, Giuffrè, Milano, 1991; cfr. poi M. MORI, *Dal vitalismo medico alla moralità dell’eutanasia*, in *Bioetica*, I, 1999; G. GEMMA, *Dignità Umana: un disvalore costituzionale?*, in *Quaderni costituzionali*, n. 2/2008, 379 ss.; S. RODOTÀ, *Il paradosso dell’uguaglianza davanti alla morte*, in S. SEMPLICI (a cura di), *Il diritto di morire bene*, Il Mulino, Bologna, 2002; G.U. RESCIGNO, *Dal diritto di rifiutare un determinato trattamento sanitario secondo l’art. 32, comma 2, Cost.*, cit., 102; C. CASONATO, *Introduzione al biodiritto*, Giappichelli, Torino, 2012; ID., *I limiti all’autodeterminazione individuale al termine dell’esistenza: profili critici*, in *Diritto pubblico Comparato ed europeo*, n. 1/2018, 3 ss.; S. AGOSTA, *Bioetica e Costituzione*, II, Giuffrè, Milano, 2012, spec. 100 ss.

¹⁴ Sul punto, cfr. F. MANTOVANI, *Biodiritto e problematiche di fine della vita*, in *Criminalia*, 2006, 57 ss.; in tal senso, anche P. CENDON, *I malati terminali e i loro diritti*, Giuffrè, Milano, 2003, 202.

¹⁵ Invero, il requisito dell’intenzionalità è centrale nella giurisprudenza americana in materia, ed in particolare nei casi *Vacco vs Quill* e *Washington vs Glucksberg*, dove viene evidenziata una netta differenza sia sotto il profilo della causalità dell’evento morte, sia sotto quello dell’intenzionalità del medico. Sul punto, cfr. A. D’ALOIA, *voce Eutanasia*, in *Digesto Disc. Pubbl.*, Agg., Utet, 2012, dove vengono riportati alcuni passaggi dell’opinione della Corte, scritta da Justice Rehnquist, secondo il quale, quando il paziente rifiuta o rinuncia alle cure, «he dies from an underlying fatal disease or pathology; but if a patient ingests lethal medication prescribed by a physician, he is killed, by that medication»; inoltre, per ciò che attiene alla intenzionalità del medico, solo in una situazione di suicidio assistito egli deve “necessarily and indubitably, intend primarily that the patient be made dead». Cfr. anche N. SPRITZ, *Physician-assisted suicide: three crucial distinctions*, in *24 Fordham Urb. L.J.*, 869ss., 1997, disponibile al seguente link: <https://ir.lawnet.fordham.edu/ulj/vol24/iss4/16>; F.G. MILLER, J.J. FINS, L. SNYDER, *Assisted suicide and refusal of treatment: Valid distinction or Distinction without a difference?*, in L. SNYDER, A.L. KAPLAN (a cura di), *Assisted suicide. Common finding ground*, Indiana University Press, Bloomington-Indianapolis, 2002, 20 ss.; C.H. BARON, *The Right to Die: Themes and Variations*, in S. CANESTRARI, G. FERRANDO, M. MAZZONI, S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Il governo del corpo*, II, in S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Trattato di biodiritto*, Giuffrè, Milano, 2011, pp. 1841 ss; N.M. GORSUCH, *The Future of Assisted Suicide and Euthanasia*, Princeton University Press, Princeton, 2006, 14 ss.

rendendola conseguentemente il fondamento di qualunque diritto umano¹⁶, nonché valore super-costituzionale¹⁷.

Poiché né il bilanciamento operato dalla Corte costituzionale, né il più generale sviluppo della complessa tematica del fin vita nel nostro ordinamento possono essere considerati quali monoliti granitici ed immutabili, reggendosi al contrario su un equilibrio quantomai labile, nei paragrafi successivi si focalizzerà l'attenzione sui vari passaggi avvenuti nel nostro ordinamento: dal primo intervento della Corte costituzionale italiana (con la nota “doppia pronuncia Cappato”), volta a colmare una (presunta) omissione del Legislatore nazionale (§2), ai successivi tentativi di forzatura del faticoso bilanciamento in tale sede operato dalla Consulta: il tentativo di referendum abrogativo sull’art. 579 c.p. (§3.1), e le proposte di legge regionale volte ad introdurre “Procedure e tempi per l’assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019”, approdate, nella Regione Toscana, alla legge regionale 14 marzo 2025, n. 16(§3.2).

Tutto ciò consentirà poi di effettuare un’analisi dapprima della pronuncia della Corte costituzionale n. 135 del 2024, verificando tra l’altro l’eventuale sussistenza di profili di continuità, ma anche di discontinuità tra quest’ultima ed i precedenti in materia, ossia, in particolare, la predetta “doppia pronuncia Cappato” e la sent. n. 50 del 2022 (§4). In seguito, si tenteranno di formulare alcune considerazioni a proposito della recente pronuncia n. 66 del 2025, evidenziandone gli elementi di novità, e soprattutto la (almeno apparente) volontà della Corte di rinsaldare i capisaldi del bilanciamento dalla stessa operato, con una rinnovata attenzione alla tutela delle persone fragili e vulnerabili, nonché della vita umana in genere, intesa e “calata” necessariamente nella concreta dimensione del reale (§5).

Da ultimo, dopo essersi focalizzati sulla compatibilità, rispetto al nostro ordinamento costituzionale di un presunto “diritto alla morte medicalmente assistita” (§6), si tenteranno di formulare alcune considerazioni conclusive, alla luce degli sviluppi con riferimento alla possibile approvazione di una disciplina legislativa in materia, nonché della recentissima sentenza n. 132 del 2025 (§7).

¹⁶ Cfr. R. SPAEMANN, *Sulla nozione di dignità umana, in Natura e ragione. Saggi di antropologia*, Edusc, Roma, 2016, 69, dove l’A. afferma che la definizione di dignità umana “non indica in primo luogo uno specifico diritto umano, ma dice qual è il fondamento di qualunque diritto umano. Ciò che viene espresso con il concetto di “dignità umana” è qualcosa di più originario di ciò che viene indicato con il termine «diritto umano»”; cfr. inoltre V. BALDINI, *Procreazione medicalmente assistita e Costituzione per valori: alla ricerca di un bilanciamento tra istanze di libertà e istanze di giustizia*, in ID. (a cura di), *Diritti della persona e problematiche fondamentali. Dalla bioetica al diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2004, p. 128 ss.

¹⁷ Cfr. ad es. A. RUGGERI, A. SPADARO, *Dignità dell’uomo e giurisprudenza costituzionale (prime notazioni)*, in *Politica del diritto*, 1991, 343 ss.; A. RUGGERI, *Appunti per una voce di Encyclopædia sulla dignità dell’uomo*, in *dirittifondamentali.it*, 15 aprile 2014, 1 ss.

2. Cosa ha davvero affermato la Corte costituzionale con la “doppia pronuncia Cappato”

Il primo pronunciamento della Corte in materia di fine vita è rappresentato dalla c.d. “doppia pronuncia Cappato”¹⁸, originatosi a partire dalla vicenda umana di Fabiano Antoniani, in arte “DJ Fabo”.

L’elemento di maggiore importanza, che pare necessario sottolineare sin dall’inizio, è la circostanza per la quale la Consulta, tramite la pronuncia in oggetto, non pare aver configurato in alcun modo un diritto costituzionalmente garantito all’essere aiutati a morire, riconoscendo, piuttosto, unicamente la sussistenza di una “circoscritta area di non conformità costituzionale”¹⁹ della norma penale oggetto del suo sindacato²⁰, presidiata da una serie stringente di condizioni, sia sostanziali²¹ che procedurali²².

Tale giurisprudenza richiede, peraltro, un’attenta e dettagliata indagine, visto che le due pronunce sono state ampiamente discusse, tanto sotto il profilo processuale, quanto sotto quello sostanziale.

Dal punto di vista processuale, l’intervento della Corte deve essere contestualizzato in una cornice di estrema complessità ed a tratti di conflittualità del rapporto tra Corte e Legislatore: nella ritenuta perdurante assenza di una disciplina legislativa in materia, la quale avrebbe configurato un’ipotesi di patologica inerzia del Legislatore nazionale, la Corte costituzionale si è trovata di fronte ad un bivio: quello tra la necessità di non invadere la sfera di discrezionalità politica del Legislatore e l’esigenza di “rendere giustizia costituzionale”²³. Contrariamente ad un passato caratterizzato dall’impiego, in casi simili, di strumenti quali la pronuncia d’inammissibilità per discrezionalità legislativa o la c.d. “sentenza-monito”, in questo caso la Corte costituzionale, ritenendo di trovarsi dinanzi ad una zona scevra dall’applicazione e dal rispetto dei principi costituzionali, ha adottato una tecnica decisoria inedita e, tramite l’ord. n. 207 del 2018, ha rinviato la discussione della causa ad una udienza successiva, sospendendo nel frattempo l’applicazione dell’art. 580 c.p.²⁴.

¹⁸ Corte cost., ord. n. 207 del 2018 e la successiva Corte cost., sent. n. 242 del 2019.

¹⁹ Corte cost., sent. n. 242 del 2019, punto 2.3 in dir.

²⁰ Ossia l’art. 580 c.p., rubricato “istigazione o aiuto al suicidio”.

²¹ Le condizioni sostanziali individuate dalla Corte costituzionale sono le seguenti: a) tenuta in vita del paziente con trattamento di sostegno vitale b) l’autonomia e la libertà di scelta del malato, che deve essere persona capace di decisioni libere e consapevoli; c) la sussistenza di una patologia irreversibile; d) l’insorgenza di sofferenze fisiche o psicologiche percepite dal richiedente come intollerabili.

²² Le condizioni procedurali, invece, sono le seguenti: rispetto, da parte del soggetto che agevola l’altrui suicidio, delle previsioni degli artt. 1 e 2 della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della decisione, il compimento della condotta di agevolazione con modalità equivalenti (c.d. “clausola di equivalenza”); b) la verifica da parte di una struttura sanitaria pubblica della sussistenza delle condizioni sostanziali e delle modalità di esecuzione dell’atto di suicidio assistito; c) la previa acquisizione del parere del comitato etico territorialmente competente; inoltre, è necessario che tali condizioni “abbiano formato oggetto di verifica in ambito medico; che la volontà dell’interessato sia stata manifestata in modo chiaro e univoco, compatibilmente con quanto è consentito dalle sue condizioni; che il paziente sia stato adeguatamente informato sia in ordine a queste ultime, sia in ordine alle possibili soluzioni alternative, segnatamente con riguardo all’accesso alle cure palliative ed, eventualmente, alla sedazione profonda continua”.

²³ Cfr. G. SILVESTRI, *Del rendere giustizia costituzionale*, in *Questione giustizia*, n. 4/2020, 1 ss.

²⁴ Sulla tecnica processuale adottata, nella fattispecie, dalla Consulta, cfr. gli atti del Seminario Dopo l’ord. n. 207/2018, della Corte costituzionale: una nuova tecnica di giudizio? Un seguito legislativo (e quale)?; tenutosi a Bologna in data 27

L'ordinanza n. 207 del 2018 è stata definita in vari modi: ordinanza di rinvio a data fissa, di incostituzionalità prospettata, di incostituzionalità accertata ma non dichiarata. In essa la Corte, se da un lato non condivide le prospettazioni del giudice rimettente nella loro "assolutezza"²⁵, d'altro canto rileva, con riferimento a situazioni quale quella del caso di specie, un contrasto tra il divieto assoluto di aiuto al suicidio stabilito dalla norma penale impugnata e la libertà di autodeterminazione desumibile dagli artt. 2, 13 e 32 Cost. Dovendo quindi ponderare le esigenze sopra menzionate, la Corte, tramite la soluzione prescelta, ha dato un anno di tempo al Legislatore per colmare il ritenuto vuoto normativo.

Nel fare ciò, tuttavia, la Consulta ha dettato all'organo legislativo criteri alquanto stringenti, insoliti per lo strumento processuale prescelto, al punto che la n. 207 del 2018 è stata definita una "ordinanza delega"²⁶. Sotto questo primo punto di vista, pertanto, se la supplenza nei confronti del Parlamento non è stata certamente richiesta, ciò nondimeno l'atteggiamento della Corte non pare potersi considerare come improntato ad una leale collaborazione con il Parlamento. Inoltre, lo stesso presupposto logico che ha condotto la Corte a questa soluzione processuale non poteva dirsi così pacificamente sussistente: tralasciando la circostanza per la quale il silenzio del Legislatore può rappresentare una precisa scelta di politica legislativa, in questo caso una disciplina delle "questioni di fine vita" poteva, invero, essere ricavata dal combinato disposto tra la L. 15 marzo 2010, n. 38²⁷ e la L. 22 dicembre 2017, n. 219²⁸. Proprio quest'ultima, una volta decorso inutilmente il termine assegnato al Parlamento, ha rivestito un ruolo fondamentale nell'impianto argomentativo della conseguente sentenza n. 242 del 2019, divenendo, di fatto, un parametro di costituzionalità.

maggio 2019, disponibili al seguente link; https://www.forumcostituzionale.it/wordpress/?page_id=12635; fra questi, in particolare, cfr. G. RAZZANO, *Le discutibili asserzioni dell'ordinanza Cappato e alcuni enormi macigni*, 09.06.2019; A. RUGGERI, *Due questioni e molti interrogativi dopo la ord. 207 del 2018 su Cappato*, 27.05.2019; A. D'ALOIA, *In attesa della Legge (o del nuovo intervento della Corte costituzionale) sul suicidio medicalmente assistito*, 30.06.2019; C. TRIPODINA, *Le non trascurabili conseguenze del riconoscimento del diritto a morire "nel modo più corrispondente alla propria visione di dignità nel morire"*, 14.06.2019; R. ROMBOLI, *Caso Cappato: la pronuncia che verrà*, 23.06.2019;

²⁵ Cfr. Corte cost., ord. n. 207 del 2018, punto 4 in dir.: "Nel merito, la tesi della Corte rimettente, nella sua assolutezza, non può essere condivisa. Analogamente a quanto avviene nelle altre legislazioni contemporanee, anche il nostro ordinamento non punisce il suicidio [...] Punisce, però, severamente (con la reclusione da cinque a dodici anni) chi concorre nel suicidio altrui, tanto nella forma del concorso morale [...] quanto nella forma del concorso materiale [...] Il Legislatore penale intende dunque, nella sostanza, proteggere il soggetto da decisioni in suo danno: non ritenendo, tuttavia, di poter colpire direttamente l'interessato, gli crea intorno una "cintura protettiva", inibendo ai terzi di cooperare in qualsiasi modo con lui".

²⁶ Cfr. L. EUSEBI, *Un diritto costituzionale a morire «rapidamente»? Sul necessario approccio costituzionalmente orientato a corte cost. (ord.) n. 207/2018*, in *Discrimen*, 19 dicembre 2018; si veda anche G. RAZZANO, *La Corte costituzionale sul caso Cappato: può un'ordinanza chiedere al Parlamento di legalizzare il suicidio assistito?*, in *Dirittifondamentali.it*, n. 1/2019, 22.01.2019; A. RUGGERI, *Venuto alla luce alla Consulta l'ircocervo costituzionale (a margine della ordinanza n. 207 del 2018 sul caso Cappato)*, in *Consultaonline*, fasc. n. 3/2018, 571 ss.; gli Autori citati, in particolare, escludono che le indicazioni contenute nell'ordinanza n. 207 del 2018 possano in qualche modo vincolare l'attività legislativa del Parlamento.

²⁷ Recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

²⁸ Recante "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

La Corte, infatti, conferma quanto già aveva statuito nell'ordinanza, non ravvisando l'esistenza di un vero e proprio “*right to die*”, né discendente dall'art. 2 CEDU, né dal principio di autodeterminazione generalmente inteso.

Al contrario, la Corte riconosce già in questa prima occasione “lo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere”²⁹, specie con riguardo alle “persone più deboli e vulnerabili”.

Ciò nondimeno, la Consulta ribadisce la circoscritta area di non conformità costituzionale dell'art. 580 c.p., e lo fa superando la teoria delle rime obbligate³⁰, affermando che “nei casi considerati [...] la decisione di accogliere la morte potrebbe essere già presa dal malato, sulla base della legislazione vigente, con effetti vincolanti nei confronti dei terzi, a mezzo della richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto e di contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua”³¹. In altri termini, la Consulta ravvisa proprio nella L. 22 dicembre 2017, n. 219 i “precisi punti di riferimento, che permettono di considerare le soluzioni «già esistenti», ancorché non costituzionalmente obbligate”³². Soluzione, quest'ultima, che non convince del tutto, in primo luogo poiché pone sullo stesso piano, in un giudizio di sostanziale equivalenza³³, istituti (rifiuto/interruzione di trattamenti e suicidio

²⁹ Cfr. Corte cost., ord. n. 207 del 2018, punto 6 in dir.

³⁰ La sentenza n. 242 del 2019 è stata variamente definita “a versi sciolti” o “a rime libere”; la dottrina maggiormente critica è giunta addirittura a qualificare l'atteggiamento della Corte come “attivismo giudiziario”, in particolare A. MORRONE, *Suprematismo giudiziario. Su sconfinamenti e legittimazione politica della Corte costituzionale*, in *Quaderni Costituzionali*, n. 2/2019, dove, a pag. 252, l'A. lo qualifica come “un'attività giurisdizionale lontana dalle forme giuridiche, non oggettiva o non dichiarativa, essenzialmente diretta a creare “realtà” o “forme” nuove rispetto a quelle dell'ordinamento vigente. Una realtà non oggettiva che, però, si pretende di rendere tale attraverso diversi strumenti e, in ultimo, mediante la costruzione di un consenso presso l'opinione pubblica, come fonte di legittimazione politica», qualificazione poi ribadita in ID., *Suprematismo giudiziario II. Sul pangiuridicismo costituzionale e sul lato politico della Costituzione*, in *federalismi.it*, n. 12/2021, 170 ss.; Cfr., inoltre, D. TEGA, *La corte nel contesto. Percorsi di ri-accentramento della giustizia costituzionale in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2020, 101 ss.; ID., *La traiettoria delle rime obbligate. Da creatività eccessiva, a felix culpa, a gabbia troppo costrittiva*, in *Sistema Penale*, n. 2/2021, 1 ss.; E. FURNO, *Il “caso cappato” ovvero dell'attivismo giudiziiale*, in *Osservatorio AIC*, n. 1/2020, 303 ss.; R. DI MARIA, *Brevi considerazioni sul rapporto fra tutela sostanziale dei diritti (fondamentali) e rispetto delle forme processuali: la corte costituzionale e gli “animali fantastici”*. The final cut, disponibile sul sito www.giurcost.org, 07.01.2020, 1 ss.; in termini critici anche A. RUGGERI, *Dove va la giustizia costituzionale in Italia*, in *dirittifondamentali.it*, n. 1/2021, 456 ss.; qualifica, invece, la pronuncia della Corte come “a rime adeguate” M. RUOTOLO, *Il giudice costituzionale: custode della Costituzione o dei diritti e degli equilibri istituzionali?*, in *federalismi.it*, n. 4/2022, spec. 887, con riferimento alle pronunce in materia di dosimetria della pena della Corte costituzionale.

³¹ Cfr. Corte cost., sent. n. 242 del 2019, punto 2.3 in dir.

³² Cfr. M. RUOTOLO, *Oltre le rime obbligate*, cit., 59; ID., *L'evoluzione delle tecniche decisorie della Corte costituzionale nel giudizio in via incidentale. Per un inquadramento dell'ord. n. 207 del 2018 in un nuovo contesto giurisprudenziale*, in *Rivista AIC*, n. 2/2019, 644 ss.

³³ La Corte, infatti, afferma che il valore della vita “se non esclude l'obbligo di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza tramite l'interruzione dei trattamenti sanitari – anche quando ciò richieda una condotta attiva, almeno sul piano naturalistico, da parte di terzi [...] non può tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale”.

medicalmente assistito) e condotte (*killing* e *letting die*³⁴) profondamente diverse. In secondo luogo, una simile soluzione implica necessariamente una valutazione di meritevolezza rispetto alle condizioni cliniche del paziente, basata sulla qualità della vita, in virtù della quale la Corte finisce inevitabilmente, almeno in parte, per contraddirle le sue stesse premesse, ovvero la necessaria salvaguardia del bene-vita e l'impossibilità di ricavare dal diritto alla vita il diritto alla morte.

Pertanto, nonostante tutti gli sforzi della Corte, ed il tentativo dalla stessa posto in essere per effettuare un bilanciamento quantomai complesso, pare purtroppo particolarmente calzante l'assunto per cui “in talune umane vicende particolarmente spinose e travagliate, (il bilanciamento) non si traduce (e non può tradursi) in una soluzione autenticamente mediana e conciliante tra due beni-valori costituzionalmente protetti, richiedendosi fatalmente il sacrificio di uno dei due per far posto all'altro”³⁵.

3. Quali ulteriori iniziative a seguito della doppia pronuncia della Corte?

Tuttavia, a prescindere da qualsivoglia osservazione rispetto al risultato dell'impervia opera di bilanciamento intrapresa dalla Consulta, il punto di arrivo in qualche modo raggiunto dalla Corte non poteva essere ritenuto soddisfacente da parte di chi, in definitiva, sostiene la necessaria identificazione di un diritto fondato sull'affermazione di un'autodeterminazione individuale priva di qualsivoglia limite. Per questo motivo, a seguito della pronuncia Cappato, per allargare le maglie della “rete protettiva” predisposta dalla Consulta, e giungere così ad ulteriori aperture, sono state imboccate due ulteriori strade, che potremmo chiamare la via referendaria e la via regionale.

3.1. La via referendaria al suicidio assistito

Con riguardo ai profili referendari, alcuni soggetti, tra i quali l'Associazione Luca Coscioni, nell'aprile 2021 hanno promosso un quesito referendario³⁶ vertente sull'art. 579 c.p.³⁷, dichiaratamente finalizzato

³⁴ A. D'ALOIA, *voce Eutanasia*, in *Digesto Disc. Pubbl.*, Agg., Utet, 2012, 301; In maniera del tutto condivisibile in R.E. OMODEI, *L'istigazione e aiuto al suicidio tra utilitarismo e paternalismo: una visione costituzionalmente orientata dell'art. 580 c.p.*, in *Diritto penale contemporaneo*, n. 10/2017, 143 ss., 151, si legge come “Pur quindi risultando coerenti con l'ordinamento le condotte di disponibilità indiretta del bene vita, per il tramite della facoltà di rifiutare qualsiasi trattamento medico, non può dalle stesse logicamente desumersi la rilevanza di diritto delle condotte di disponibilità diretta del medesimo bene, dovendosi concludere infine per l'impossibilità di fondare un vero e proprio diritto al suicidio sul diritto al rifiuto di cure.”; cfr. anche F. BERTOLINI, *Valore della libertà, valore della vita, diritto di rinunciare alle cure, diritto di morire*, in *Rivista AIC*, n. 4/2019, 323.

³⁵ Cfr. A. RUGGERI, *Autodeterminazione vs vita? A proposito della disciplina penale dell'omicidio del consenziente e della sua giusta sottrazione ad abrogazione popolare parziale (traendo spunto da Corte cost. n. 50 del 2022)*, in *dirittifondamentali.it*, n. 1/2022, 464 ss., 482.

³⁶ Sul quale cfr. i numerosi contributi contenuti in G. BRUNELLI, A. PUGIOTTO, P. VERONESI (a cura di), *La via referendaria al fine vita, ammissibilità e normativa di risulta del quesito sull'art. 579 c.p.*, in *Amicus Curiae, Nuovi Seminari Preventivi Ferraresi*, 2022 ed in M. D'AMICO, B. LIBERALI (a cura di), *Il referendum sull'art. 579 c.p.: aspettando la Corte Costituzionale*, Atti del Convegno del 15 dicembre 2021 Università degli Studi di Milano, in *La rivista Gruppo di Pisa*, Quaderno monografico abbinato al n. 1/2022.

³⁷ Disciplinante la fattispecie di omicidio del consenziente.

ad “abrogare parzialmente la norma penale che impedisce l’introduzione dell’eutanasia legale in Italia”, e conseguentemente a fare in modo che “l’eutanasia attiva, previa valutazione del giudice in sede processuale, [possa] essere consentita nelle forme previste dalla legge sul consenso informato e il testamento biologico, e in presenza dei requisiti introdotti dalla sentenza della Consulta sul “caso Cappato”³⁸.

Si trattava, tuttavia, di un obiettivo solo formale, in quanto sono state segnalate, da una parte, l’evidente distonicità tra denominazione del quesito e suo contenuto sostanziale³⁹, inevitabilmente incidente sulla chiarezza della proposta⁴⁰ e sulla libertà di voto⁴¹ e, dall’altra, le macroscopiche problematiche di ragionevolezza⁴², sia *ex ante*⁴³ che *ex post*⁴⁴, provocate dalla non corrispondenza tra la fattispecie penale considerata e l’eutanasia. A tale riguardo un’autorevole dottrina ha fornito una valutazione molto critica del quesito referendario, affermando che, in questo caso, parlare di “eutanasia legale” equivarrebbe ad

³⁸ Cfr. il sito ufficiale del referendum sull’eutanasia legale, consultabile al seguente link <https://www.eutanasialegale.it/articolo/referendum-eutanasia-legale/>.

³⁹ Infatti, se l’obiettivo dichiarato era quello dell’introduzione dell’eutanasia nel nostro ordinamento, nella sostanza si sarebbe ottenuta una almeno parziale legalizzazione della condotta di omicidio del consenziente, determinandosi in tal modo uno strumento utilizzato in maniera eccessiva e sovradimensionata rispetto allo scopo; cfr. G. D’ALESSANDRO, *La via referendaria al fine-vita: un’iniziativa ambigua, inutile e dannosa*, in G. BRUNELLI, A. PUGIOTTO, P. VERONESI (a cura di), *La via referendaria al fine vita*, cit., 88 ss.

⁴⁰ Come sostenuto G. RAZZANO, *Le incognite del referendum c.d. “sull’eutanasia” fra denominazione del quesito, contenuto costituzionalmente vincolato e contesto storico*, in *Consultaonline*, fasc. n. 3/2021, 973 ss.: “la questione della denominazione [...] è un aspetto tutt’altro che formale, ove si consideri che questa è riprodotta sulla scheda di voto, e che contribuisce, in modo significativo, ad indirizzare le scelte dell’elettorato”, che a sua volta richiama P. CIARLO, *Intento referendario, ammissibilità e comunicazione politica*, in AA.VV., *Il giudizio di ammissibilità del referendum abrogativo*, Milano, 1988, 105.

⁴¹ Cfr. G. RAZZANO, *ult. op. cit.*, 975-976.

⁴² In generale, sul punto, cfr. G. RAZZANO, *La «ragionevolezza» nel giudizio di ammissibilità del referendum abrogativo*, in F. MODUGNO, G. ZAGREBELSKY (a cura di), *Le tortuose vie dell’ammissibilità referendaria*, Giappichelli, Torino, 2001; A. MANGIA, *Referendum*, Cedam, Padova, 1999, 294; A. PERTICI, *Il Giudice delle leggi e il giudizio di ammissibilità del referendum abrogativo*, Giappichelli, Torino, 2010.

⁴³ In quanto, mentre la fattispecie ex art. 580 c.p. avrebbe continuato ad essere penalmente rilevante, salve le eccezioni delimitate dalla sent. n. 242 del 2019, la fattispecie ex art. 579 c.p. sarebbe stata, di fatto, pressoché depenalizzata;

⁴⁴ Infatti, il divioto di omicidio del consenziente sarebbe stato operativo in un novero molto ristretto di casi, essendo stata a sua volta la categoria degli individui “fragili e vulnerabili” limitata ai casi di minori d’età, infermi di mente e persone in condizione di deficienza psichica o il cui consenso sia stato estorto o carpito. Come sostenuto da G. RAZZANO, *Le incognite del referendum c.d. “sull’eutanasia” fra denominazione del quesito, contenuto costituzionalmente vincolato e contesto storico*, cit., 980, tuttavia, “il punto è che la debolezza e la vulnerabilità non si riscontrano solamente in tali situazioni. Come afferma la Corte nella sent. n. 242 del 2019, occorre infatti includere fra i vulnerabili le persone «che attraversano difficoltà e sofferenze». Inoltre, a risultare significativamente compressa sarebbe stata anche la sfera di discrezionalità del Legislatore, in quanto, fra l’altro, (si suppone che) a seguito del pronunciamento popolare, quest’ultimo non avrebbe potuto intervenire in senso difforme dalle sue risultanze, pena la configurazione di un conflitto estremamente pericoloso tra quelli che, a questo punto, sarebbero diventati due separati circuiti di produzione legislativa del tutto indipendenti l’uno dall’altro; *Contra*, tuttavia, cfr. A. PUGIOTTO, *Il principio di leale collaborazione in materia referendaria (preso sul serio)*, in G. BRUNELLI, A. PUGIOTTO, P. VERONESI (a cura di), *La via referendaria al fine vita*, cit., 178 ss., spec. 181 ss., per il quale anche l’incostituzionalità dell’art. 579 referendato non avrebbe potuto fondare l’inammissibilità del quesito.

una “truffa delle etichette, perché il risultato normativo perseguito [sarebbe] oggettivamente di rendere lecita una pluralità indeterminata di condotte, non adeguatamente circoscrivibili a priori”⁴⁵.

L’obiettivo sotteso a tale iniziativa era dunque quello di allargare in maniera pressoché indefinita le maglie del bilanciamento operato dalla Corte costituzionale, a scapito della tutela della vita umana⁴⁶. La Consulta, com’è noto, ha tuttavia dichiarato inammissibile il quesito.

Sulla scorta della propria giurisprudenza consolidata, per la quale il diritto alla vita è da ascriversi alla categoria dei diritti inviolabili, e cioè a quei diritti che occupano nell’ordinamento una posizione, per così dire, privilegiata, in quanto appartenenti “all’essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana”⁴⁷, nonché “concorre(nti) a costituire la matrice prima di ogni altro diritto, costituzionalmente protetto, della persona”⁴⁸, la sentenza n. 50 del 2022 ha ribadito la centralità del diritto alla vita nel nostro ordinamento, individuando l’art. 579 c.p. (e l’art. 580) quali norme costituzionalmente necessarie, in quanto “[...] la libertà di autodeterminazione non può mai prevalere incondizionatamente sulle ragioni di tutela del medesimo bene [la vita umana], risultando [...] costituzionalmente necessario un bilanciamento che assicuri una sua tutela minima”⁴⁹, confermando la sua funzione di “cintura protettiva” rispetto, in particolare, agli individui maggiormente fragili⁵⁰.

⁴⁵ Cfr. A. MORRONE, *Un referendum propositivo per relativizzare il valore fondamentale della vita umana*, in G. BRUNELLI, A. PUGIOTTO, P. VERONESI (a cura di), *La via referendaria al fine vita*, cit., 165 ss, 168.

⁴⁶ Cfr. Corte cost., sent. n. 50 del 2022, punto 3.1 in dir., dove si legge: “Il testo risultante dall’approvazione del referendum [...] verrebbe a sancire, all’inverse di quanto attualmente avviene, la piena disponibilità della vita da parte di chiunque sia in grado di prestare un valido consenso alla propria morte, senza alcun riferimento limitativo. L’effetto di liceizzazione [...] non risulterebbe affatto circoscritto alla causazione, con il suo consenso, della morte di una persona affetta da malattie gravi e irreversibili.”

⁴⁷ Corte cost., sent. n. 1146 del 1988.

⁴⁸ Corte cost., sent. n. 238 del 1996; cfr. anche Corte cost., sent. n. 35 del 1997.

⁴⁹ Ed in virtù della quale, come sostenuto anche da S. ROSSI, *I principi del biodiritto in Assemblea Costituente*, in *BioLaw Journal-Rivista di Biodiritto*, n. 2/2019, 23, “I limiti o la compressione di un diritto o di un interesse costituzionale devono essere proporzionati in relazione alla misura del sacrificio costituzionalmente ammissibile che, in ogni caso, non può mai essere tale da annullarne il contenuto essenziale”.

⁵⁰ Cfr. Corte cost., sent. n. 50 del 2022, punto 3.1 in dir., dove si legge anche che: “Si tratta di norma incriminatrice strettamente finitima, nell’ispirazione, a quella del successivo art. 580 c.p., che incrimina l’aiuto (oltre che l’istigazione) al suicidio. Le due disposizioni riflettono, nel loro insieme, l’intento del Legislatore del Codice penale del 1930 di tutelare la vita umana anche nei casi in cui il titolare del diritto intenderebbe rinunciarvi, sia *manu alius*, sia *manu propria*, ma con l’ausilio di altri. [...] il Legislatore erige una “cintura di protezione” indiretta rispetto all’attuazione di decisioni in suo danno, inibendo, comunque sia, ai terzi di cooperarvi, sotto minaccia di sanzione penale.” Successivamente, al punto 5.3 in dir., la Corte afferma: “Vietando ai terzi di farsi esecutori delle altrui richieste di morte, pur validamente espresse, l’incriminazione dell’omicidio del consenziente assolve, in effetti, come quella dell’aiuto al suicidio (ordinanza n. 207 del 2018), allo scopo, di perdurante attualità, di proteggere il diritto alla vita, soprattutto – ma occorre aggiungere: non soltanto – delle persone più deboli e vulnerabili, in confronto a scelte estreme e irreparabili, collegate a situazioni, magari solo momentanee, di difficoltà e sofferenza, o anche soltanto non sufficientemente meditate”.

3.2. La via regionale al suicidio assistito

Venuta meno la possibilità di introdurre procedure più ampie di suicidio assistito ed eutanasia tramite referendum, l'Associazione Coscioni si è allora fatta promotrice in una pluralità di Regioni⁵¹ di una proposta di legge regionale⁵² avente ad oggetto “Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019”⁵³.

Nonostante l'*iter* dei progetti di legge risulti al momento quantomai frammentato e disomogeneo⁵⁴, la regione Toscana è giunta ad approvare una disciplina legislativa regionale in materia⁵⁵.

⁵¹ Le Regioni interessate da tali Proposte di legge regionale, nello specifico, sono Puglia, Marche, Emilia-Romagna, Toscana, Valle d'Aosta, Abruzzo, Marche, Lazio, Umbria, Calabria, Liguria, Sardegna, Molise.

⁵² Elaborate a partire dal testo base predisposto sempre dall'Associazione Luca Coscioni.

⁵³ In generale, sul punto, cfr. E. GROSSO, *Una legge regionale per disciplinare forme e limiti del suicidio medicalmente assistito?*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, n. 1/2024, 1 ss.; C. CARUSO, *Al servizio dell'unità. Perché le Regioni possono disciplinare (con limiti) l'aiuto al suicidio*, ivi, 8 ss.; F.G. PIZZETTI, *La proposta di legge piemontese in materia di assistenza al suicidio, alla luce della giurisprudenza costituzionale e del riparto di competenze Stato-Regioni*, ivi, 45 ss.; M.G. NACCI, *Note critiche sulle iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, ivi, 23 ss.; ID., *Il contributo delle Regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Note a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, n. 1/2023, 93 ss.; C. DE LUCA, *Il suicidio medicalmente assistito: esiste una competenza legislativa regionale?*, in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, Giappichelli, Torino, 2025, 225 ss.

⁵⁴ In particolare, in Veneto, durante la seduta del Consiglio Regionale del 16 gennaio 2024, per un solo voto la proposta di Legge non ha raggiunto la maggioranza prevista per la sua approvazione; in Lombardia, dopo la pronuncia del parere negativo rispetto al progetto di Legge di iniziativa popolare sul fine vita in Commissione Affari istituzionali e Sanità, il 19 novembre 2024 il Consiglio Regionale ha affossato in Consiglio la proposta Cappato, votando a maggioranza la questione pregiudiziale di costituzionalità, ossia ribadendo l'incompetenza del Legislatore regionale in materia; in Friuli Venezia Giulia, il Consiglio Regionale, in data 30 ottobre 2024, ha respinto per la quarta volta il tentativo di riconoscere in qualche modo un “diritto al suicidio assistito”, incoraggiando il Legislatore nazionale ad intervenire nella materia; in Piemonte, analogamente a quanto avvenuto in Lombardia, il Consiglio Regionale ha votato, nel mese di marzo 2024, una pregiudiziale di costituzionalità; in Liguria, l'*iter* di Legge trasversale si è bloccato a causa delle dimissioni della precedente Giunta Regionale; in Campania è stata depositata la proposta di Legge Cappato e nel mese di aprile in Commissione è stato istituito un tavolo tecnico-giuridico per approfondire la materia; anche in Umbria e Basilicata le proposte di Legge presentate sono decadute con la fine della precedente consiliatura; nel Lazio è stata unicamente depositata una proposta di Legge di iniziativa trasversale; da notare, ancora, come recentemente in Molise sia stata presentata una proposta di Legge bipartisan, sottoscritta sia dai consiglieri di centrosinistra che da quelli del centrodestra (sul punto, cfr. *Il Sole 24 ore*, *Fine vita, in Molise presentata una proposta bipartisan*, 15 aprile 2025); in Sardegna, il Presidente della Giunta Regionale, Alessandra Todde, ha recentemente ribadito l'impegno ad approvare una Legge in materia; allo stato, la proposta di legge regionale risulta non ancora presentata nelle Regioni Trentino-Alto Adige e Sicilia.

⁵⁵ Legge Regionale 14 marzo 2025, n. 16; tra i primi commenti, cfr. G.L. CONTI, *Dare a Cesare quel che è di Cesare (E comunque meglio Kierkegaard di San Tommaso)*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 1/2025, 37 ss.; ID., *A proposito della legge regionale toscana 16/2025 e della deliberazione 2/2025 del collegio toscano di garanzia statutaria*, in *Le Costituzionaliste*, marzo 2025; N. CASTELLANO, “C'è un Legislatore a Firenze”. *Prime note a margine della legge regionale toscana sul fine vita*, in *Voci Costituzionali*, 04.03.2025; B. VIMERCATI, *Ante omnes Toscana: il suicidio medicalmente assistito nella l.r. n. 16 del 2025*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 1/2025; A. SCALERA, *La Legge della Regione Toscana sul fine-vita. Note a prima lettura*, in *Giustizia Insieme*, 11 marzo 2025; G. RAZZANO, *La Legge della Regione Toscana sul suicidio assistito: regionalismo differenziato in un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale, concernente i principi supremi, i diritti inviolabili e la materia penale?*, in *Consultaonline*, fasc. n. 2/2025, 560 ss.; A. LO CALZO, *La Legge n. 16/2025 della Regione Toscana sulla procedura di accesso al suicidio medicalmente assistito, tra inerzia del Legislatore statale e assetto delle competenze legislative regionali. Osservazioni a prima lettura*, in *Questione Giustizia*, 15.03.2025. E' notizia di questi giorni (e, segnatamente, in data 17 settembre 2025), inoltre, l'approvazione di una legge in materia di fine vita anche da parte della Regione Sardegna.

Analogamente a quanto detto circa la proposta di referendum abrogativo inerente all'art. 579 c.p., anche questo ulteriore tentativo pare finalizzato ad aggirare la supposta inerzia del Legislatore ordinario, nonché a forzare il bilanciamento operato nella sent. n. 242 del 2019.

Il presupposto logico delle proposte di legge regionale in parola è quello per cui la Consulta, nella sentenza Cappato (sent. n. 242 del 2019 prima citata), avrebbe riconosciuto l'esistenza di un diritto inviolabile ad ottenere il suicidio assistito dalle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale⁵⁶, immediatamente esigibile in virtù della ritenuta immediata esecutività della predetta pronuncia.

Occorre oltretutto notare come gli artt. 7, comma 2⁵⁷ e 9⁵⁸ della legge regionale della Toscana rispettivamente qualifichino quello al suicidio assistito come “un livello di assistenza sanitaria superiore rispetto ai livelli essenziali di assistenza” e lo finanzino con fondi afferenti alla Missione 12 “Diritti sociali, politiche sociali e famiglia”, Programma 02 “Interventi per la disabilità”. Una disposizione, questa, che lascia molto perplessi, sia perché sottrae fondi a cure che certamente rientrano nei LEA, sia perché interpreta la disponibilità di fondi ulteriori a quelli dei LEA come piena libertà regionale di individuare quali siano e quali non siano le prestazioni sanitarie da riconoscere come tali⁵⁹.

⁵⁶ Cfr. G. RAZZANO, *Le proposte di Legge regionali sull'aiuto al suicidio, i rilievi dell'Avvocatura generale dello Stato, le forzature del Tribunale di Trieste e della Commissione nominata dall'azienda sanitaria*, in *Consultaonline*, fasc. n. 1/2024, 69 ss., spec. § 2.

⁵⁷ Le prestazioni e i trattamenti disciplinati dalla presente Legge costituiscono un livello di assistenza sanitaria superiore rispetto ai livelli essenziali di assistenza. La Regione fa fronte con risorse proprie agli effetti finanziari connessi a tali prestazioni e trattamenti, in conformità a quanto statuito dall'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421)”.

⁵⁸ Per l'attuazione delle prestazioni e i trattamenti previsti dalla presente Legge nell'ambito del percorso terapeutico-assistenziale del suicidio medicalmente assistito è stimata una spesa di euro 10.000,00 per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027, cui si fa fronte con gli stanziamenti della Missione 12 “Diritti sociali, politiche sociali e famiglia”, Programma 02 “Interventi per la disabilità”, Titolo 1 “Spese correnti”, del bilancio di previsione 2025 – 2027, annualità 2025, 2026 e 2027.

⁵⁹ Cfr. G. RAZZANO, *La legge della regione Toscana sul suicidio assistito*, cit., 570, dove si afferma che “[...] a quest'ultimo riguardo la Legge afferma che «le prestazioni e i trattamenti disciplinati dalla presente Legge costituiscono un livello di assistenza sanitaria superiore rispetto ai livelli essenziali di assistenza», cui la regione «fa fronte con risorse proprie» (art. 7), dimenticando che la determinazione e quindi l'identificazione di quali siano le prestazioni concernenti i diritti civili e sociali spetta alla Legge statale, e attiene alla tutela dell'unità giuridica od economica di cui all'art. 120, secondo comma, Cost. Il livello di assistenza sanitaria “superiore” non implica che le regioni abbiano la competenza ad individuare autonomamente quali siano «le prestazioni» e «i trattamenti» che rientrano nell’«assistenza sanitaria»”. Sempre sul punto, è da notare come la Corte costituzionale, nella propria giurisprudenza sui c.d. “extra LEA”, oltre alla previsione del limite rappresentato dall’eventuale sottoposizione della Regione a piano di rientro, abbia in più di un’occasione valutato la legittimità costituzionale delle disposizioni regionali in materia sulla base della riconducibilità o meno delle prestazioni ivi previste a quello che potrebbe essere definito il “nucleo concettuale” dei trattamenti inclusi nei LEA (sul punto, ad es., cfr. Corte cost., sent. n. 242 del 2022 e Corte cost., sent. n. 134 del 2023). In Corte cost., sent. n. 161 del 2022, punto 4 in dir. e Corte cost., sent. n. 201 del 2024, punto 2.1.1 in dir., la Consulta qualifica espressamente gli extra LEA come “prestazioni comunque afferenti al settore sanitario ulteriori e ampliative rispetto a quelle previste dallo Stato”. Cfr. anche A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA: segnali di apertura che rafforzano l'esigibilità del diritto alla salute nelle Regioni in piano di rientro?*, in *La Rivista del Gruppo di Pisa*, n. 1/2025, 137 ss., spec. 153, dove si legge che “Tale tensione [...] sembra mantenersi entro livelli costituzionalmente accettabili quando gli extra LEA, eventualmente erogati dalle regioni non in deficit sanitario, riconoscono, ad esempio, esenzioni maggiori di quelle previste dai LEA oppure attengono all’erogazione di prestazioni sanitarie aggiuntive ai LEA che trovano però una corrispondenza clinica e terapeutica (in termini di efficacia, esposizione al rischio ed effetti avversi) in altre prestazioni comunque incluse nei LEA, andando così a incidere prevalentemente sulla libertà di scelta degli utenti dei SSR”.

L'aspetto che più di altri, comunque, presenta profili problematici è la sussistenza o meno di una competenza regionale concorrente in materia. I sostenitori delle Proposta di legge regionale sul suicidio assistito, infatti, sostengono che la materia sarebbe riconducibile alla competenza concorrente “tutela della salute”, e che pertanto la Regione sarebbe titolata a adottare la normativa di dettaglio, dal momento che i principi fondamentali sarebbero desumibili dalla sent. n. 242 del 2019.

Rispetto a tale ricostruzione, è necessario formulare due ordini di rilievi.

Innanzitutto, occorre domandarsi se la sent. n. 242 del 2019, nonché la successiva pronuncia n. 135 del 2024, possano essere equiparate ad una fonte del diritto, ed in particolare alla legge ordinaria, e come tale essere ritenute idonee a dettare i principi generali in materia⁶⁰. Se i sostenitori della soluzione positiva fondano la propria tesi su di una concezione “sostanzialistica” di fonte del diritto⁶¹, restano tuttavia evidenti le differenze tra atto normativo e sentenza⁶², prima fra tutte quella di carattere procedimentale per la quale “mentre al giudice si pone una domanda individuale di riconoscimento del proprio diritto, e [...] (si) ottiene una risposta altrettanto individuale [...] al legislatore si chiede un riconoscimento in via “generale e astratta”⁶³. Inoltre, nell'ordinamento costituzionale italiano, l'art. 136 Cost. attribuisce effetti *erga omnes* unicamente alle pronunce di accoglimento, anche se in seguito la dottrina ha accolto la tesi per

⁶⁰ In generale, il dibattito rispetto alla qualificabilità delle pronunce della Consulta quali vere e proprie fonti del diritto è risalente; in senso positivo, cfr. ad es. P. CALAMANDREI, *L'illegittimità costituzionale delle leggi nel processo civile*, Cedam, Padova, 1950, 49 ss.; C. CERETI, *Funzione legislativa e controllo di legittimità*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1958, 38 ss.; A. PIZZORUSSO, *Sui limiti della potestà normativa della Corte costituzionale*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1982, 308 ss.; ID., *Fonti del diritto*, in *Commentario del Codice Civile Scialoja-Branca*, Zanichelli, Bologna, 2012; G. SILVESTRI, *Effetti normativi ed effetti temporali delle sentenze della Corte costituzionale*, in AA.VV., *Effetti temporali delle sentenze della Corte costituzionale*, Milano, 1989, 50.

⁶¹ Cfr. A. CELOTTO, *Le sentenze della Corte costituzionale sono fonti del diritto?*, in *Giur. cost.*, 2003, 27, il quale rileva “come le fonti del diritto di stampo tradizionale e, correlativamente, il sistema delle fonti siano sempre più in «crisi». In questa situazione di crisi, la nozione di fonte del diritto necessita sempre più di una lettura diversa e maggiormente sostanzialistica, configurandosi come più fuori dal tempo le impostazioni classiche (...). Non appare, quindi, una novità troppo sconvolgente ritenere che anche le sentenze di incostituzionalità siano da considerare, ormai, *quoad effectum* fonti del diritto”.

⁶² Cfr. A. PIZZORUSSO, *Le sentenze dei giudici costituzionali tra diritto giurisprudenziale e diritto legislativo*, in *Costituzionalismo.it*, n. 2/2007, 1 ss.; cfr. anche R. BIN, *Le fonti del diritto, il ruolo della giurisprudenza e il principio di legalità*, in G. GRASSO, M. MAUGERI (a cura di), *Le fonti del diritto, il ruolo della giurisprudenza e il principio di legalità*, Scuola Superiore della Magistratura, Roma, 2023, 88 ss., 91-92, dove l'A. afferma che “se si smarrisce la chiarezza concettuale su cosa sia “fonte del diritto”, diventa quasi inevitabile la sovrapposizione dei due diversi piani, quello della produzione di atti normativi e quello della produzione delle norme da applicare al caso concreto. La teoria delle fonti si confonde allora con la teoria dell'interpretazione [...] e, di conseguenza, si legittima l'ingresso della giurisprudenza nel novero delle fonti del diritto.” Cfr. anche L. CARLASSARE, *Fonti del diritto (diritto costituzionale)*, in *Enc. Dir. Annali*, vol. II, tomo II, Giuffrè, Milano, 2008, 544 ss.

⁶³ Cfr. R. BIN, *Chi è il Giudice dei diritti? Il modello costituzionale e alcune derazioni*, in *Rivista AIC*, n. 4/2018, 30.12.2018, 633 ss., 636, dove l'A. continua: “Il giudice, riconoscendo la fondatezza della pretesa dell'individuo, risponde nei termini della domanda, ossia in relazione al caso concreto e lo fa sulla base di una fonte normativa posta, della cui esistenza deve dare conto e della cui interpretazione si deve fare - motivando - carico. Il dispositivo della sua sentenza non potrà contenere una completa disciplina delle modalità e dei limiti di garanzia del diritto in questione, ma dirà soltanto se in quelle determinate condizioni fattuali il diritto è o meno riconosciuto e tutelato. Ogni affermazione del giudice – anche del giudice delle leggi, in fondo – è corredata dalla clausola implicita *rebus sic stantibus*, che non chiude mai lo spazio di intervento del Legislatore.”

la quale tali effetti dovessero essere riconosciuti anche alle sentenze manipolative/additive⁶⁴. Tuttavia, se uno dei presupposti per il riconoscimento di effetti *erga omnes* anche a questa ulteriore categoria di pronunce è quello per cui “con le sentenze additive la Corte non “crea” una norma, ma la estrae dalla legge esistente attraverso la dichiarazione di illegittimità della omissione”⁶⁵, esso non pare, nel nostro caso, pienamente integrato, nella misura in cui la soluzione adottata dalla Consulta “non [...] consegu[e] necessariamente al giudizio di legittimità, sì che la Corte in realtà proceda ad un'estensione logicamente necessitata e spesso implicita nella potenzialità interpretativa del contesto normativo in cui è inserita la disposizione impugnata”⁶⁶.

Tale ordine di considerazioni, in ogni caso, dovrebbe automaticamente escludere l'equiparabilità a fonte del diritto della sent. n. 135 del 2024, sulla quale ci si concentrerà più diffusamente nel paragrafo seguente, ma rispetto alla quale può anticiparsi che, essendo una pronuncia di rigetto, non vincola in alcun modo né la PA, né tantomeno i Giudici comuni.

Per quanto concerne, invece, la “doppia pronuncia Cappato”, la quale è stata qualificata dalla stessa Consulta come sentenza di “accoglimento parziale”⁶⁷, anche la circoscritta area di non conformità costituzionale dell'art. 580 c.p. individuata da quest'ultima non sembra essere caratterizzata da una precisione sufficiente a far ritenere sussistente un preceppo semplicemente da attuare.

In altri termini, quindi, l'assenza di determinatezza della fattispecie - attributo, quest'ultimo, tipico della Legge – rende possibili modifiche per via interpretativa alle condizioni stabilite dalla sentenza Cappato, modifiche, peraltro, già poste in essere ad opera del Giudice comune⁶⁸.

Il secondo rilievo che può essere mosso ad un intervento legislativo regionale in materia attiene al fatto che la sentenza n. 242 del 2019 non ha enucleato alcun diritto ad una prestazione sanitaria, avendo al contrario, quale suo specifico oggetto di valutazione, la materia penale. Invero, anche quell'orientamento per il quale non si sarebbe in presenza di un diritto di prestazione tout court, quanto piuttosto di un diritto alla presa in carico della richiesta di aiuto al suicidio, si fonda sulla considerazione per la quale “la

⁶⁴ Cfr. A. PIZZORUSSO, *Garanzie costituzionali - Art. 136*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Zanichelli, Bologna- Roma, 1981, 179-180.

⁶⁵ Cfr. A.M. NICO, *Sulla ottemperanza del giudicato costituzionale nei confronti della Pubblica Amministrazione*, in *Rivista AIC*, n. 1/2014, 21.02.2014, 1 ss., 8.

⁶⁶ Sent. n. 109 del 1986, così come richiamata da F. MODUGNO, *Principi di diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2008, 272.

⁶⁷ Tale qualificazione si ritrova in Corte cost., sent. n. 135 del 2024, punto 3.2 in dir.

⁶⁸ Sul punto, cfr. Corte di Appello di Massa, sent. n. 1 del 27.07.2020, e Corte di Assise di Appello di Genova, sent. n. 1 del 28.04.2021, dove il requisito della sottoposizione a trattamento di sostegno vitale, fissato dalla pronuncia n. 242 del 2019, è stato interpretato estensivamente. Da ultimo, il Tribunale di Trieste, al contrario, ha rigettato la richiesta di accesso al suicidio assistito di una donna malata di sclerosi multipla da oltre 20 anni, in quanto non ha ritenuto sussistente il requisito della presenza di un trattamento di sostegno vitale; rispetto a tale ultima pronuncia, è da notare come essa sia giunta successivamente a Corte cost., sent. n. 135 del 2024 (che sarà a breve oggetto di trattazione), la quale ha accolto una nozione estensiva di trattamento di sostegno vitale.

competenza regionale in materia di tutela della salute riguarda i profili organizzativi e gestionali [...] permettendo che le Regioni [...] dettino norme di organizzazione e procedura [...] anche al fine di meglio garantire l'appropriatezza delle scelte terapeutiche e l'osservanza delle cautele necessarie per l'utilizzo di mezzi terapeutici rischiosi”⁶⁹. Questa tesi non considera adeguatamente, tuttavia, che la Corte costituzionale, nella sent. n. 242 del 2019, ha previsto il necessario coinvolgimento delle strutture del SSN non tanto per disciplinare l'organizzazione di una prestazione, quanto piuttosto per prevenire abusi nei confronti di persone particolarmente fragili e vulnerabili⁷⁰. Deve registrarsi, quindi, una oggettiva difficoltà a qualificare il suicidio medicalmente assistito quale “terapia”⁷¹ ovvero come “trattamento sanitario”. A ben vedere, solo se si qualifica entro tali canoni il suicidio medicalmente assistito, si potrebbe legittimare la Regione ad intervenire in via legislativa⁷², ma tale conseguenza non pare che si possa desumere direttamente dalla pronuncia della Corte costituzionale.

Infatti, la ricostruzione che sostiene l'avvenuta affermazione, tramite la sentenza Cappato, di un vero e proprio diritto, fondato sull'art. 32, comma 2 Cost.⁷³, pare vanificata prima di tutto dalla circostanza per

⁶⁹ Cfr. ASSEMBLEA LEGISLATIVA REGIONE EMILIA ROMAGNA, CONSULTA DI GARANZIA STATUTARIA, *delibera n. 12 del 22 febbraio 2023*, 1 ss., 8.

⁷⁰ Cfr. CONSULTA DI GARANZIA STATUTARIA, *delibera*, cit., 9, dove si afferma che “tale diritto non sembra configurabile nella sentenza come un diritto ad essere aiutati a morire dal Servizio sanitario nazionale, ma semmai come un diritto a darsi la morte ottenendo da una struttura pubblica del SSN l'accertamento dei presupposti per la non punibilità, quello dell'idoneità del farmaco e più in generale l'accertamento delle modalità di esecuzione, le quali dovranno essere tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze”. Non a caso, la Consulta conclude che “le indicate disposizioni della proposta popolare appaiono dunque non meramente applicative della sent. n. 242 del 2019 e quindi difficilmente riconducibili alla competenza regionale concorrente in materia tutela della salute”.

⁷¹ Sul punto, cfr. D. MORANA, *L'ordinanza n. 207/2018 sul “caso Cappato” dal punto di vista del diritto alla salute: brevi note sul rifiuto di trattamenti sanitari*, in *Diritto e Società*, n. 3/2018, 503 ss., dove si afferma che il concetto di cura (terapia) ben difficilmente può essere esteso fino a includere qualcosa di radicalmente diverso, ossia la produzione della morte, fermo restando che spetta alla discrezionalità del Legislatore regolare la possibilità di congedarsi dalla vita in maniera dignitosa, senza, tuttavia, coinvolgere il diritto alla salute; Cfr. anche A. D'ALOIA, *Dopo le decisioni della Corte costituzionale sul suicidio medicalmente assistito*, in *Scritti in onore di Pietro Ciarlo*, II, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2022; ID., *Giudice e Legge nelle dinamiche del biodiritto*, in *BioLaw Journal- Rivista di Biodiritto*, n. 1/2016, 105 ss. dove, a pag. 106, si cita Cass., sent. n. 25767 del 2015, che “ha negato la configurabilità di un danno legato al semplice fatto della vita malformata, sul presupposto che la “non – vita” non può essere un bene della vita, non è comparabile con una vita per quanto segnata dalla malattia e dalla sofferenza; la “non-vita” non è nulla, e il danno invece, è necessariamente un “avere di meno”.”

⁷² Nel senso della non configurabilità di una competenza concorrente regionale in tale materia, cfr. G. RAZZANO, *Le proposte di legge regionali*, cit.; L. BIANCHI, *Sulla competenza legislativa regionale in materia di fine vita*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 2/2024, 149 ss.; A. CANDIDO, *Il fine vita tra Stato e Regioni*, in *Consultaonline*, fasc. n. 3/2024, 989 ss.; F. PIERGENTILI, *Progresso tecnologico e nuove questioni costituzionali: la (in)competenza delle Regioni sul fine vita*, in *Dir. Merc. Tecn.*, 02.10.2023; L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi*, in *Rivista AIC*, n. 1/2024, 385 ss.; sottolinea alcune criticità sul punto anche B. VIMERCATI, *L'intricato intreccio di fonti sul suicidio medicalmente assistito: il caso dell'Emilia-Romagna*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 1/2024.

⁷³ Cfr., *ex multis*, M. DONINI, *Libera nos a malo. I diritti di disporre della propria vita per la neutralizzazione del male* Note a margine delle “procedure legittimanti l'aiuto a morire” imposte da Corte cost. n. 242/2019, in *Sistema penale*, 10 febbraio 2020, 1 ss.; N. RECCHIA, *Il suicidio medicalmente assistito tra Corte costituzionale e Bundesverfassungsgericht Spunti di riflessione in merito al controllo di costituzionalità sulle scelte di incriminazione*, in *Diritto Penale contemporaneo*, n. 2/2020, 63 ss., 69; O. DI GIOVINE, *Il ruolo del consenso informato (e dell'autodeterminazione) nel diritto penale del fine-vita*, in *Cassazione Penale*, 2019, 1839 ss.; F. PALAZZO, *La sentenza Cappato può dirsi storica?*, in *Politica del Diritto*, n. 1/2020, 3 ss.; C. MASCIOTTA, *La Corte*

la quale la Consulta, in tal caso, al ricorrere delle condizioni dalla stessa identificate, avrebbe configurato un vero e proprio obbligo esecutivo in capo al Sistema sanitario. Cosa che, invece, non ha fatto.

Inoltre, tale opzione appare configurabile solo a condizione di estendere il diritto al rifiuto ed all'interruzione delle cure (questo sì previsto dal 2° comma dell'art. 32 Cost.) fino a ricomprendervi la fattispecie di aiuto al suicidio⁷⁴. Tuttavia, come si è avuto già modo di affermare in sede introduttiva, ciò significherebbe porre sullo stesso piano fattispecie profondamente diverse, sia sotto il profilo oggettivo-materiale, sia sotto quello della condotta del medico.

È inoltre assai discutibile considerare l'aiuto al suicidio come una condotta che tutelerebbe la salute anziché un comportamento che, salvo i casi di non punibilità individuati dalla sentenza n. 242 del 2019, integra una fattispecie di reato annoverata, tra l'altro, fra i delitti contro la vita e l'incolumità individuale⁷⁵. In definitiva, pare difficilmente contestabile l'affermazione per la quale le proposte di legge regionale in oggetto aspirano a disciplinare una materia che involge ed interessa da vicino i diritti inviolabili dell'individuo, primo fra tutti quello alla vita, i quali sono appannaggio esclusivo del legislatore statale⁷⁶. Alla stessa conclusione è giunta, peraltro, anche l'Avvocatura Generale dello Stato, nel parere fornito su richiesta della Regione Friuli-Venezia Giulia, nel quale si legge che “sebbene la proposta normativa in esame intersechi indubbiamente una pluralità di materie, alcune delle quali anche di competenza legislativa concorrente delle Regioni, come, appunto, la tutela della salute [...] occorre ricordare che la Corte costituzionale ha ribadito, anche con la nota sentenza n. 5 del 2018, «che il diritto della persona di essere

costituzionale riconosce il diritto, preannunciato, a morire rapidamente e con dignità con una tecnica decisoria dalle dirompenti implicazioni, in *Consultaonline*, fasc. n. 1/2020, 64 ss., 72.

⁷⁴ Ed infatti in M. DONINI, *ult. op. cit.*, 3, si legge che “La Corte non riconosce (e anzi esclude) un diritto di morire, citando anche la Corte Edu, ma solo e implicitamente quello di essere liberati dal male mediante un “rifiuto”, previsto dall'art. 32, co. 2, Cost., in certi casi anche al prezzo della morte del paziente per mano propria”.

⁷⁵ Sul punto, è da notare come la World Medical Association abbia sempre negato che eutanasia e suicidio assistito facciano parte dell'attività del personale medico; cfr. *“WMA Declaration on Euthanasia”*, adottata in occasione della 39a Assemblea Mondiale a Madrid nell'ottobre 1987 e riaffermata durante la 170a sessione del Consiglio dell'Associazione Mondiale svoltosi a Divonne-les-Bains nel maggio 2005; *“WMA Statement on Physician Assisted Suicide”*, adottato in occasione della 44a Assemblea Mondiale a Marbella nel 1992 e rivisto editorialmente durante la 170° sessione del Consiglio dell'Associazione Mondiale svoltasi a Divonne las Bains nel maggio 2005; *“WMA Resolution on Euthanasia”*, adottata in occasione dalla 53a Assemblea Generale a Washington nell'ottobre 2002 e confermata, con lievi variazioni, durante la 194a sessione del Consiglio dell'Associazione Mondiale svoltasi a Bali nell'aprile 2013; da ultimo, cfr. *WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Adopted by the 70th WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, October 2019, consultabile al link <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>, dove si legge che “*The WMA reiterates its strong commitment to the principles of medical ethics and that utmost respect has to be maintained for human life. Therefore, the WMA is firmly opposed to euthanasia and physician-assisted suicide. [...] No physician should be forced to participate in euthanasia or assisted suicide, nor should any physician be obliged to make referral decisions to this end.*”

⁷⁶ Cfr. G. RAZZANO, *La Legge della Regione Toscana sul suicidio assistito*, cit., 568, dove l'A., con riferimento alla presunta competenza regionale in materia, afferma criticamente che tale prospettazione “non tiene conto dell'oggetto del giudizio delle due sentenze (l'art. 580 c.p.), ne svaluta la complessità e degrada a spicciole questioni di organizzazione una disciplina ad altissima rilevanza costituzionale, civile e penale, che concerne diritti personalissimi e pertanto una materia - l'«ordinamento civile e penale» - che ai sensi dell'art. 117 Cost., secondo comma, lett. l), è di competenza esclusiva statale”.

curata efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica, e di essere rispettata nella propria integrità fisica e psichica (sentenze n. 169 del 2017, n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002) deve essere garantito in condizione di egualanza in tutto il paese, attraverso una legislazione generale dello Stato basata sugli indirizzi condivisi dalla comunità scientifica nazionale e internazionale”⁷⁷.

Anche con riferimento alle proposte di legge regionale, pertanto, viene in considerazione, in tutta la sua attualità, il principio di uguaglianza⁷⁸, che, come noto, reca con sé, quale precipua finalità da perseguire, l'esigenza di tutelare il diritto alla vita specialmente nei confronti dei soggetti più fragili⁷⁹.

Sempre in virtù del principio di uguaglianza, inoltre, si giustificano le evidenti esigenze di unitarietà della eventuale disciplina legislativa nella materia *de qua*: se, infatti, tutte le Regioni provvedessero all'approvazione di una distinta ed autonoma disciplina legislativa in materia di fine-vita, si assisterebbe ad una differenziazione incontrollabile⁸⁰; per altro verso, vi sarebbe il rischio di una sorta di “turismo suicidario” verso le Regioni munite di una disciplina maggiormente permissiva, con un panorama “a macchia di leopardo”. In sostanza, con riferimento alla legge di Regione Toscana 14 marzo 2025, n. 16, “il principio di egualanza dei cittadini toscani è quello dei cittadini italiani e non esiste, non può esistere,

⁷⁷ Cfr. Avvocatura Generale dello Stato, *cit.*, 4.

⁷⁸ Cfr. fra i tanti L. PALADIN, *Corte costituzionale e principio di egualanza*, in *Scritti in onore di V. Crisafulli*, I, Cedam, Padova, 1985; A. AGRÒ, *Commento all'art. 3*, in G. Branca (a cura di), *Commentario della costituzione*, Zanichelli, Bologna, 1975, 133 ss.; F. SORRENTINO, *Eguaglianza formale*, in *Costituzionalismo.it*, n. 3/2017, 1 ss.; G.M. FLICK, *Dignità umana e tutela dei soggetti deboli: una riflessione problematica*, in E. CECCHERINI (a cura di), *La tutela della dignità dell'uomo*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2008, 56 ss.; P. RIDOLA, *Diritti fondamentali. Un'introduzione*, Giappichelli, Torino, 2006, 124 ss.; G. SILVESTRI, *Dal potere ai principi. Libertà ed egualanza nel costituzionalismo contemporaneo*, Laterza, Roma-Bari, 2009; F. POLITI, *Libertà costituzionali e diritti fondamentali*, Giappichelli, Torino, 2021, 274 ss.; G. ZAGRELBESKY, *Eguaglianza e giustizia nella giurisprudenza costituzionale*, in L. CARLASSARRE (a cura di), *Il principio di uguaglianza nella giurisprudenza costituzionale*, atti in memoria di L. Paladin, Cedam, Padova, 2003, 59 ss.; A. GIORGIS, *La costituzionalizzazione dei diritti all'uguaglianza sostanziale*, Jovene, Napoli, 1999; L. FERRAJOLI, *L'uguaglianza e le sue garanzie*, in M. CARTABIA, T. VETTOR (a cura di), *Le Ragioni dell'Uguaglianza*, Giuffrè, Milano, 2009, 40 ss.; E. CATELANI, *Uguaglianza e differenza: una dicotomia o due valori complementari?*, in G. AZZARITI (a cura di), *Uguaglianza o differenza di genere? Due prospettive a confronto*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2022, 59 ss.

⁷⁹ Ciò vale, a parere di chi scrive, nonostante la legge regionale toscana si premuri di autodefinirsi “cedevole” di fronte ad una eventuale e futura disciplina legislativa nazionale. Cfr. G. L. CONTI, *A proposito della legge regionale toscana 16/2025*, *cit.*, 1 ss. Cfr. anche L. BIANCHI, *Sulla competenza legislativa regionale in materia di fine vita*, *cit.*, 154, dove l'A. afferma come non da ultimo il rispetto del principio di uguaglianza “destituisce [...] di fondamento giuridico le pratiche cd di “turismo della morte”, che dall'applicazione dello stesso principio vengono escluse”.

⁸⁰ Sul tema della differenziazione cfr. A. MORELLI, A. POGGI, *Le Regioni per differenziare, lo Stato per unire. A ciascuno il suo*, in *Diritti Regionali*, n. 2/2020, 1 ss., 3, dove si afferma che “Il regionalismo, infatti, è, pour cause, differenziazione, altrimenti non avrebbe motivo di esistere. [...] Il tema, semmai, è fin dove si può spingere quella differenziazione”. Cfr. anche A. POGGI, *A vent'anni dalla revisione costituzionale del Titolo V: un bilancio con lo sguardo rivolto al futuro*, in *Istituzioni del federalismo*, n. 1/2021, 77 ss., spec. 99-101, dove si legge: “Il Titolo V presuppone, ma al tempo stesso è condizionato, nella sua percorribilità, da un robusto livello di interazione Stato-Regione-enti territoriali, attraverso strumenti concertativi adeguati” nonché dalla necessaria presenza di “solidi presidi statali e meccanismi di tenuta”; in definitiva “il modello cui dobbiamo tendere, e che il Titolo V seppure imperfectamente ha introdotto, è quello della leale collaborazione”. Nel pensiero dell'A., pertanto, la differenziazione è necessaria, ma concepita in senso non avversativo, bensì rafforzativo tanto del principio dell'unità della Repubblica di cui all'art. 5 Cost., quanto del principio di uguaglianza di cui all'art. 3 Cost.

un’egualanza in Toscana che non sia l’egualanza definita dall’art. 3 Cost.”⁸¹. In ogni caso, in data 9 maggio 2025, a seguito di delibera del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per gli Affari regionali, la legge di Regione Toscana sul fine vita è stata impugnata dal Governo dinanzi alla Corte costituzionale, dove è attualmente pendente il relativo giudizio.

4. La sentenza n. 135 del 2024 della Corte costituzionale. Continuità nella discontinuità?

Un’attenzione specifica merita la sentenza n. 135 del 2024⁸², nella quale sono sicuramente ravvisabili numerosi elementi di continuità rispetto alle precedenti sentenze n. 242 del 2019 e n. 50 del 2022.

In questo caso la questione di legittimità costituzionale, sollevata dal G.I.P. di Firenze⁸³, prendeva le mosse dalla vicenda umana di Massimiliano, malato di sclerosi multipla che ha posto fine alla sua vita tramite suicidio medicalmente assistito, eseguito presso la clinica “*Dignitas*” in data 8 dicembre 2022, e accompagnato in Svizzera dai Signori Marco Cappato, Chiara Lalli e Felicetta Maltese, autodenunciatisi presso la stazione dei Carabinieri di Santa Maria Novella una volta rientrati in Italia.

L’oggetto della questione era, quindi, l’art. 580 c.p., della cui legittimità si dubitava in relazione agli artt. 2, 3, 13, 32 e 117 Cost., quest’ultimo in riferimento agli artt. 8 e 14 della CEDU.

Più nello specifico, il Giudice rimettente paventava l’illegittimità della norma penale nella parte in cui quest’ultima, in riferimento alle condizioni di non punibilità dell’autore della condotta di aiuto al suicidio, esige che la vittima sia tenuta in vita da un trattamento di sostegno vitale.

La questione, dunque, riguardava una delle condizioni di non punibilità individuate dalla stessa Consulta, al punto che parte della dottrina ha ipotizzato la sussistenza di una violazione del divieto di impugnazione del giudicato costituzionale previsto dall’art. 137, comma 3, Cost⁸⁴.

Quanto al merito della questione, la Corte costituzionale, ancora una volta, non ricostruisce in chiave esclusivamente soggettiva il concetto di dignità dell’individuo⁸⁵, ma dà rilievo alla sua componente

⁸¹ Cfr. G. L. CONTI, *A proposito della legge regionale toscana*, cit., 8.

⁸² Sulla pronuncia in oggetto, cfr. C.D. LEOTTA, *L’aiuto al suicidio del malato tenuto in vita da un trattamento di sostegno vitale: l’art. 580 c.p. torna davanti alla Corte costituzionale*, in *Consultaonline*, fasc. n. 2/2024, 693 ss.; A. RUGGERI, *La Consulta equilibrata sul filo del fine vita (a prima lettura di Corte cost. n. 135 del 2024)*, in *Consultaonline*, fasc. n. 2/2024, 931 ss.; P. VERONESI, *A primissima lettura: se cambia, come cambia e se può ulteriormente cambiare il “fine vita” in Italia dopo la sentenza n. 135 del 2024*, in *BioLaw Journal- Rivista di Biodiritto*, n. 3/2024, 1 ss.; S. MANGIAMELI, *Diritto alla vita e suicidio assistito: esiste un bilanciamento accettabile?*, in *Giur. cost.*, 4/2024, 1456; A. PUGIOTTO, *Caso Cappato-bis: l’altra faccia della sent. n. 135/2024*, in *Quaderni Costituzionali*, n. 4/2024, 898 ss.; O. SPATARO, *Lo statuto giuridico del fine vita tra giurisprudenza costituzionale e legislazione regionale*, in *Dirittifondamentali.it*, 1/2025, 1 ss.

⁸³ Reperibile al link <https://www.giurisprudenzapenale.com/wp-content/uploads/2024/01/ordinanza-gip-firenze.pdf>.

⁸⁴ Sul punto, cfr., ad es., C. D. LEOTTA, *L’aiuto al suicidio del malato tenuto in vita da un trattamento di sostegno vitale: l’art. 580 c.p. torna davanti alla Corte costituzionale*, cit., 693 ss., spec. 719-723; F. PIERGENTILI, A. RUGGERI, F. VARI, *Verso una “liberalizzazione” del suicidio assistito? (Note critiche ad una questione di costituzionalità sollevata dal Gip di Firenze)*, in *dirittifondamentali.it*, n. 1/2024, 219 ss., spec. 224-227.

⁸⁵ Cfr. Corte cost., sent. n. 135 del 2024, par. 7.3 in dir., nel quale si legge che “questa Corte non è affatto insensibile alla nozione “soggettiva” di dignità, come dimostrano i passaggi dell’ordinanza n. 207 del 2018 in cui proprio alla valutazione soggettiva del paziente sulla “dignità” del proprio vivere e del proprio morire si fa inequivoco riferimento (punti 8 e 9

oggettiva, in continuità con il tenore letterale delle numerose Carte e Convenzioni internazionali in materia⁸⁶, dalle quali può desumersi come la dignità appartenga ad ogni essere umano, in condizioni di uguaglianza, in ragione della sua sola esistenza in vita⁸⁷.

Parimenti, la Consulta rigetta la declinazione in chiave assolutistica del principio di autodeterminazione, ponendo al contrario l'accento sull'esigenza di bilanciamento tra il predetto principio e la tutela del bene della vita, specie in presenza di situazioni di particolare vulnerabilità.

All'esito del suo ragionamento, pertanto, la Consulta ribadisce la non configurabilità di un diritto costituzionalmente garantito ad ottenere la morte, affermando che “questa Corte non ha riconosciuto un generale diritto di terminare la propria vita in ogni situazione di sofferenza intollerabile, fisica o psicologica, determinata da una patologia irreversibile”⁸⁸.

Tuttavia, nella pronuncia della Corte è altresì individuabile un elemento di significativa novità, in quanto, al termine del suo percorso argomentativo, la Corte prende posizione sul significato da attribuire alla nozione di “trattamenti di sostegno vitale”, che attiene peraltro all'oggetto stesso della questione di costituzionalità sollevata dal G.I.P. di Firenze.

La Corte costituzionale afferma, in particolare, che “la nozione di «trattamenti di sostegno vitale» utilizzata da questa Corte nell' ordinanza n. 207 del 2018 e nella sentenza n. 242 del 2019 deve essere interpretata, dal Servizio sanitario nazionale e dai giudici comuni, in conformità alla *ratio* di quelle decisioni. [...] Nella misura in cui tali procedure – quali, per riprendere alcuni degli esempi di cui si è discusso durante l'udienza pubblica, l'evacuazione manuale dell'intestino del paziente, l'inserimento di cateteri urinari o l'aspirazione del muco dalle vie bronchiali – si rivelino in concreto necessarie ad assicurare l'espletamento di funzioni vitali, al punto che la loro omissione o interruzione determinerebbe prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo, esse dovranno certamente essere considerate quali trattamenti di sostegno vitale”⁸⁹. La Consulta, invero, probabilmente al fine di “contenere” il possibile (e probabile) impatto della sua affermazione, precisa poi come debbano essere

in dir.). Tuttavia, non può non rilevarsi che questa nozione di dignità finisce in effetti per coincidere con quella di autodeterminazione della persona, la quale a sua volta evoca l'idea secondo cui ciascun individuo debba poter compiere da sé le scelte fondamentali che concernono la propria esistenza, incluse quelle che concernono la propria morte”.

⁸⁶ A mero titolo esemplificativo, cfr. il preambolo e l'art. 1 della Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina (c.d. “Convenzione di Oviedo”) dove si legge, rispettivamente, che “Convinti della necessità di rispettare l'essere umano sia come individuo che nella sua appartenenza alla specie umana e riconoscendo l'importanza di assicurare la sua dignità;” e “Le Parti di cui alla presente Convenzione proteggono l'essere umano nella sua dignità e nella sua identità e garantiscono ad ogni persona, senza discriminazione, il rispetto della sua integrità e dei suoi altri diritti e libertà fondamentali riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina.”

⁸⁷ Cfr. ancora Corte cost., sent. n. 135 del 2024, punto 7.3 in dir., per cui “dal punto di vista dell'ordinamento, ogni vita è portatrice di una inalienabile dignità, indipendentemente dalle concrete condizioni in cui essa si svolga”.

⁸⁸ Cfr. Corte cost., sent. n. 135 del 2024, punto 7.1 in dir.

⁸⁹ Corte cost., sent. n. 135 del 2024, punto 8 in dir.

accertati, comunque, tutti gli altri requisiti statuiti nella precedente n. 242 del 2019⁹⁰, ossia la contestuale “esistenza di una patologia incurabile e la permanenza di condizioni di piena capacità del paziente – evidentemente incompatibili con una sua eventuale patologia psichiatrica –, ma anche la presenza di sofferenze intollerabili (e non controllabili attraverso appropriate terapie palliative), di natura fisica o comunque derivanti dalla situazione complessiva di intensa sofferenza esistenziale che si può presentare, in particolare, negli stati avanzati delle patologie neurodegenerative”⁹¹.

Ciò nondimeno, deve rilevarsi come tale interpretazione operata dalla Consulta non sembri potersi considerare come ricavabile dalla Costituzione, per quanto rappresenti l’interpretazione autentica della riscrittura dell’art. 580 c.p. operata con il precedente pronunciamento dello stesso Giudice costituzionale. La Corte costituzionale, infatti, ha deciso di esprimersi circa una questione rispetto alla quale non sussiste un orientamento chiaro ed unanimemente condiviso in ambito scientifico; una prova di ciò è rappresentata dalla presenza di un parere del Comitato Nazionale di Bioetica⁹², di poco anteriore alla sentenza in commento, vertente proprio sull’identificazione degli elementi distintivi di un trattamento sanitario ordinario da un trattamento di sostegno vitale; in tale documento, il Comitato – il quale, come è noto, ha una composizione interdisciplinare e vede la presenza di un numero significativo di medici – ha adottato a larga maggioranza una posizione piuttosto diversa da quella fatta propria dalla Consulta, affermando che “per quanto non ci sia una netta dicotomia fra trattamenti ordinari e TSV, i trattamenti ordinari sono orientati al miglioramento quali-quantitativo della sopravvivenza. I TSV, nel primo e più immediato significato dell’espressione, sono orientati a mantenere in vita un paziente affetto da una condizione critica, con compromissione di organi la cui insufficienza grave comporta una morte immediata o prossima, quando le relative funzioni non siano supportate o interamente sostituite da mezzi adeguati. I primi, anche servendosi, quando necessario, di mezzi invasivi, hanno come obiettivo la risoluzione o il controllo di un sintomo o di una malattia e la loro sospensione non determina necessariamente il decesso del paziente in tempi brevi. Il rifiuto o l’interruzione dei secondi fanno sì che il paziente vada appunto incontro alla morte in tempi rapidi, con un decorso che sarà determinato dalle condizioni cliniche del singolo ammalato”⁹³. Alla luce di tutto ciò, è quantomeno controversa la possibilità di annoverare tra i TSV procedure quali l’inserimento di un catetere urinario o lo svuotamento manuale delle vie intestinali. Esse, infatti, non sembra possano considerarsi come direttamente volte al

⁹⁰ “Deve essere ribadito come l’accertamento della condizione della dipendenza del paziente da trattamenti di sostegno vitale, nel senso ora precisato, debba essere condotto, unitariamente, assieme a quello di tutti gli altri requisiti fissati da Corte cost., sent. n. 242 del 2019.

⁹¹ Cfr. Corte cost., sent. n. 135 del 2024, punto 8 in dir.

⁹² Cfr. COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *Risposta al Quesito del Comitato Etico Territoriale della Regione Umbria del 03 novembre 2023*, 20 giugno 2024, disponibile al link <https://bioetica.governo.it/media/titp0sf3/risposta-tsv-rev-2-luglio-2024-finale.pdf>.

⁹³ Cfr. COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *Risposta al Quesito*, cit., 8.

mantenimento in vita del paziente, ma piuttosto al miglioramento del quadro clinico e del benessere di quest'ultimo. Si tratta di quelle che vengono comunemente definite “cure di base”, solitamente di competenza del personale infermieristico.

Può oltretutto notarsi come non siano mancati casi, in passato, nei quali la Corte costituzionale, in presenza di questioni scientificamente controverse, ha adottato un atteggiamento decisamente più “prudente”, rinviando alle indicazioni di carattere scientifico e alle valutazioni che ne avesse voluto dare il Legislatore⁹⁴.

La netta presa di posizione nel caso *de quo* rappresenta invece un atteggiamento molto diverso.

Proprio l'assenza di un orientamento univoco da parte della comunità scientifica avrebbe reso opportuna la presenza di una motivazione approfondita da parte della Consulta; motivazione che, peraltro, è stata identificata da un'illustre dottrina come vera e propria “modalità” di creazione della norma costituzionale da parte di quest'ultima⁹⁵, che “di fronte ad un fatto tecnico scientifico [...] deve sobbarcarsi l'onere di fornire un'autonoma valutazione sull'attendibilità delle prove scientifiche acquisite”, poiché trovandoci “in un caso controverso, dove in un certo senso prevale il prudente apprezzamento del Giudice [...] serve comunque una motivazione approfondita di tale scelta e che soprattutto ne dia conto [...]”⁹⁶. Motivazione che, al contrario, pare sul punto almeno stringata, se non del tutto assente.

Sempre a quest'ultimo riguardo, la soluzione patrocinata dalla Corte costituzionale non fa che confermare un *modus operandi* già visto nella pronuncia Cappato, al punto che si potrebbe, forse, parlare di continuità nella discontinuità.

⁹⁴ Si pensi, solo per fare un esempio, a Corte cost., sent. n. 84 del 2016, nella quale la Consulta, mantenendo una posizione neutrale, ha affermato la necessità di rimettersi al Legislatore Nazionale per la scelta della soluzione maggiormente opportuna. Su quest'ultima pronuncia, cfr. A. RUGGERI, *Questioni di costituzionalità inammissibili per mancanza di consenso tra gli scienziati (a margine di corte cost. n. 84 del 2016, in tema di divieto di utilizzo di embrioni crioconservati a finalità di ricerca)*, in *BioLaw Journal- Rivista di Biodiritto*, n. 2/2016, 245 ss.; A. SPADARO, *Embrioni crio-congelati inutilizzabilità: la Corte costituzionale se ne lava le mani, ma qualcosa dice...* (nota a C. Cost., sent. n. 84/2016), in *BioLaw Journal- Rivista di Biodiritto*, n. 2/2016, 253 ss.; G. RAZZANO, *Corte costituzionale n. 84 del 2016, sulla tutela dell'embrione e l'interesse della ricerca scientifica: una sentenza ispirata alla prudentia?*, in *BioLaw Journal- Rivista di Biodiritto*, n. 2/2016, 223 ss.

⁹⁵ Sul punto, cfr. ad es. A. SPADARO, *Le motivazioni delle sentenze della Corte come “tecniche” di creazione di norme costituzionali*, in A. RUGGERI (a cura di), *La motivazione delle decisioni della Corte costituzionale*, atti del Seminario di Messina, 7-8 maggio 1993, disponibile al seguente link: <https://gruppodipisa.it/attività/pubblicazioni>; in particolare, l'A. afferma (358-359) che: “[...] ordinariamente è vera norma giuridica l'interpretazione motivata e vincolante che un'autorità competente fornisce circa il senso di un enunciato linguistico o testo, riconosciuto o comunque riconoscibile come fonte del diritto”, identificando conseguentemente la Corte costituzionale quale “organo maieutico della Costituzione”; ai nostri fini, di particolare rilevanza, altresì, il passaggio in cui si afferma che “Non può trascurarsi però il diverso caso di motivazioni lacunose o parziali, o addirittura reticenti [...] ciò può [...] anche nascondere una “debolezza” intrinseca delle ragioni del dispositivo”.

⁹⁶ Cfr. A. IANNUZZI, *Come decide la Corte costituzionale dinanzi a questioni “tecniche”: materie con rilevanza tecnico-scientifica*, in M. LOSANA, V. MARCENÒ (a cura di), *Come decide la Corte dinanzi a questioni “tecniche”*, Incontri sulla giurisprudenza costituzionale Torino, marzo-giugno 2019, Università degli Studi di Torino, Torino, 2020, 165 ss.; cfr. anche N. ZANON, *Su alcune questioni e tendenze attuali intorno alla motivazione delle decisioni della Corte costituzionale, tra forma e sostanza*, in M. LOSANA, V. MARCENÒ (a cura di), *Come decide la Corte dinanzi a questioni “tecniche”*, cit., 21 ss.

Il Giudice delle Leggi, infatti, aderendo ad una nozione di trattamento di sostegno vitale così ampia⁹⁷, inevitabilmente introduce un (ulteriore) elemento di forte instabilità che mette a repentaglio quei principi, primi fra tutti la funzione di “cintura protettiva” svolta dagli artt. 579 e 580 c.p. e la necessaria salvaguardia del “nucleo minimo irriducibile” del diritto fondamentale alla vita, che la stessa si era sforzata di corroborare nei suoi precedenti interventi, nonché nella medesima motivazione della n. 135 del 2024.

Oltre ad ignorare in certa misura il monito formulato recentemente dalla Corte di Strasburgo⁹⁸, la Consulta finisce qui con il contraddirsi (nuovamente) sé stessa, e lo fa, analogamente a quanto verificatosi nel Caso Cappato, ponendo sullo stesso piano condotte che, invero, sono profondamente diverse: non pare potersi dubitare, infatti, della circostanza per la quale l'interruzione delle cure alla quale fa riferimento la sentenza oggetto di commento (la quale vi annovera, a titolo esemplificativo, l'inserimento di cateteri urinari), non può in alcun modo considerarsi come una condizione che richiede una contestuale sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte, equivalenza che rappresenta, come abbiamo visto, la colonna portante dell'argomentazione con la quale la Corte, nel 2019, ha individuato la limitata area di non operatività dell'art. 580 c.p.

Alla luce di tutto ciò, la sent. n. 135 del 2024, ha contribuito a far venire definitivamente meno i sin dalle origini non granitici “precisi punti di riferimento”, che permettono di considerare le soluzioni «già esistenti», ancorché non costituzionalmente obbligate. Anche se non va dimenticato, come detto, che la sentenza n. 135 del 2024 è una sentenza di rigetto, e come tale ha valore *inter partes* e non *erga omnes*, cosicché restano possibili interpretazioni differenti da parte della PA e dei giudici comuni⁹⁹.

⁹⁷ Sul punto, cfr. A.R. VITALE, *La perimetrazione costituzionale della disciplina della morte assistita alla luce della sentenza n. 66 del 2025 come problema biogiuridico*, in *Consultaonline*, fasc. n. 2/2025, 761 ss., 768, dove l'A. afferma come “Con quest'ultima pronuncia la Corte costituzionale, infatti, per un verso ha scartato l'ipotesi di una estensione analogica dei “quattro paletti” legittimanti sanciti con la sentenza n. 242 del 2019, ma per altro verso, adagiandosi su una incresciosa fragilità nominalistica della definizione di trattamenti di sostegno vitale, ha aperto de facto la via proprio a quella estensione che ha inteso impedire de iure”.

⁹⁸ Il riferimento è a Corte EDU, Karsai vs Hungary (Application n. 32312/23), 13 giugno 2024, dove, al par. 150, si afferma che: “*provision of Pad in respect of patients who are not dependent on life support may give rise to further challenges and risk of abuse*”.

⁹⁹ Sul punto, cfr. le considerazioni di A. PUGIOTTO, *Caso Cappato-bis: l'altra faccia della sent. n. 135/2024*, in *Quaderni Costituzionali*, n. 4/2024, 898 ss., 899, dove l'A. afferma che: “Problematica è anche la tecnica decisoria adoperata: quella della Corte, infatti, è una sentenza di rigetto interpretativa. Com'è noto, tali decisioni non creano alcun vincolo positivo sul piano ermeneutico, né per il giudice a quo né per tutti gli altri soggetti (giudici e amministrazione) chiamati ad applicare la Legge. [...] Concretamente, ciò significa che il diritto vivente (amministrativo e giurisprudenziale) potrebbe anche non recepire la lettura che la sent. n. 135/2024 ha dato di «trattamento di sostegno vitale», orientandosi verso soluzioni normative differenti, purché costituzionalmente orientate”.

5. La sentenza n. 66 del 2025. Una (rinnovata) attenzione alla tutela degli individui fragili e vulnerabili: il “doppio livello” di protezione individuato in concreto dalla Consulta

Il quadro, tuttavia, è ulteriormente mutato a seguito della recentissima sent. n. 66 del 2025¹⁰⁰, che ha introdotto alcune novità che meritano di essere sottolineate.

Il giudizio *a quo*, in questo frangente, vedeva coinvolto Marco Cappato, imputato per aver accompagnato in Svizzera E.A. ed R.N., affetti rispettivamente da patologia oncologica metastatica in fase terminale, e da Parkinson atipico, dove entrambi i pazienti chiedevano, ed infine ottenevano, l’accesso al suicidio medicalmente assistito.

Il G.I.P. di Milano, trovatosi a dover decidere sulla richiesta di archiviazione formulata dalla Procura della Repubblica, ne riteneva non sussistenti i presupposti, in quanto, ai sensi dell’art. 580 c.p., così come modificato dalla sent. n. 242 del 2019, difettava una delle condizioni integranti la limitata area di non punibilità individuata da quest’ultima, non essendo nessuno dei due soggetti sottoposto a trattamento di sostegno vitale.

Il Giudice *a quo*, pertanto, sollevava questione di legittimità costituzionale avente ad oggetto la predetta norma penale, con riferimento, nuovamente, agli artt. 2, 3, 13, 32 comma 2, 117 comma 1, quest’ultimo in relazione agli artt. 8 e 14 della Convenzione europea dei diritti dell’uomo.

In particolare, secondo la ricostruzione del Giudice rimettente, la norma sottoposta al sindacato della Corte si sarebbe posta in contrasto con il principio di uguaglianza ex art. 3 Cost., in quanto dal limitato numero di casi in cui la condotta integrante la fattispecie di cui all’art. 580 c.p. non è punibile verrebbe esclusa una fattispecie (ritenuta) sostanzialmente identica, ossia quella “del soggetto affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psichiche intollerabili, e capace di prendere decisioni libere e consapevoli, ma che non sia tenuto in vita da un trattamento sanitario di sostegno vitale”¹⁰¹.

Inoltre, la norma impugnata si sarebbe posta in antitesi con il principio di autodeterminazione (nonché con gli artt. 13 e 32, comma 2 Cost.), in quanto “l’esercizio del diritto all’autodeterminazione nelle scelte terapeutiche verrebbe limitato imponendo al paziente «un’unica modalità di congedo [dalla vita», ossia di «iniziare un trattamento sanitario», seppure *ab origine* inutile, «per poterlo poi interrompere»]¹⁰².

Invero, la Corte costituzionale avrebbe forse potuto limitarsi ad una declaratoria di inammissibilità della questione sottoposta. La Presidenza del Consiglio dei Ministri, costituitasi in giudizio, aveva infatti dedotto la carenza del requisito della rilevanza, in virtù del mancato rispetto, nel caso di specie, della

¹⁰⁰ Per un commento della pronuncia, cfr. A.R. VITALE, *La perimetrazione costituzionale della disciplina della morte assistita alla luce della sentenza n. 66 del 2025 come problema biogiuridico*, in *Consultaonline*, fasc. n. 2/2025, 761 ss.

¹⁰¹ Cfr. Corte cost., sent. n. 66 del 2025, punto 1.4 dei Ritenuto in fatto.

¹⁰² Cfr. Corte cost., sent. n. 66 del 2025, punto 1.5 in fatto.

procedura medicalizzata ex art. 1, L. 22 dicembre 2017, n. 219¹⁰³. Un’eccezione, quest’ultima, che poteva non essere peregrina, specie alla luce della considerazione che la Consulta ha mostrato di avere, ancora una volta, tanto per questo requisito “procedurale”, quanto per il necessario coinvolgimento del SSN: entrambi, infatti, sono parte integrante sia del necessario bilanciamento tra autodeterminazione dell’individuo e diritto alla vita, sia della conseguente “cintura protettiva” a tutela delle categorie di individui maggiormente fragili e vulnerabili.

Forse la Corte costituzionale ha voluto intenzionalmente entrare nel merito della questione, da una parte per smantellare la ricostruzione dei principi costituzionali sottesi al caso concreto così come operata dal Giudice rimettente; dall’altra, per precisare e “puntellare”, se così si può dire, quanto affermato nei precedenti in materia, ed in particolare nella sent. n. 135 del 2024.

Per prima cosa, infatti, non può non sottolinearsi come la prospettiva del Giudice rimettente (ancor più per come essa è approfondita e “corroborata” dalle tesi sostenute, nella memoria costitutiva, da Marco Cappato, così come dagli *amici curiae* “adesivi”) sia fondata, nuovamente, su una concezione assoluta del principio di autodeterminazione. Conseguentemente, si sostiene come “i casi di irragionevolezza della incriminazione dell’aiuto al suicidio individuati dalla sentenza n. 242 del 2019” rappresenterebbero “un sottoinsieme di un più ampio insieme nel quale andrebbero ricomprese tutte quelle situazioni in cui il paziente è in una condizione di prognosi infausta a breve termine o di morte imminente”¹⁰⁴. L’obiettivo era, dunque, dichiaratamente quello di ampliare, in misura molto significativa, il campo di applicabilità della “limitata area di non operatività” della fattispecie penale di cui all’art. 580 c.p., così come identificata nella sent. n. 242 del 2019.

Inoltre, sempre nella ricostruzione degli argomenti sviluppati dalla difesa di Marco Cappato si legge che “d’altro canto, la situazione di dovere attendere l’arrivo della morte, con l’ausilio di cure volte a contenere i sintomi, ormai refrattari alle terapie, ma non realmente curative, renderebbe la persona prigioniera fino al sopraggiungere della morte [...] Nelle situazioni in esame, l’impossibilità di accedere al suicidio medicalmente assistito sarebbe irragionevole, sacrificando l’autodeterminazione della persona senza tutelare alcun interesse o diritto costituzionale”¹⁰⁵.

Conseguentemente, si individua una inedita “categoria”, quella delle persone con prognosi infausta a breve termine, per la quale “si dovrebbe riconoscere che le cure, anziché rappresentare uno strumento funzionale a contrastare la malattia, si porrebbero, in alcuni casi, «come un ulteriore mezzo di perpetuazione della patologia contro il benessere della persona». Nelle ipotesi considerate, sarebbe

¹⁰³ Infatti, la procedura di suicidio medicalmente assistita è stata per l’appunto effettuata in Svizzera, sulla base dei requisiti, formali e sostanziali, previsti da tale ultimo ordinamento.

¹⁰⁴ Corte cost., sent. n. 66 del 2025, punto 5.2 in fatto.

¹⁰⁵ Corte cost., sent. n. 66 del 2025, punto 6.2 in fatto.

irragionevole non tenere conto che il diritto al rifiuto delle cure dovrebbe consentire alla persona «la liberazione dalle sofferenze e dalla patologia, compresi gli strumenti volti a lenirne i sintomi», per congedarsi dalla vita secondo «la propria visione di dignità personale»¹⁰⁶.

Al riguardo non può che evidenziarsi come tale posizione denoti ed implichi, oltre ad una declinazione limitata e parziale del concetto di “cura”, altresì una concezione della “dignità dell’individuo” ricostruita in chiave esclusivamente soggettiva, ma soprattutto appiattita su una valutazione vertente sulla qualità della vita.

Come anticipato, la Corte costituzionale si discosta nettamente da una simile ricostruzione. Infatti, la prospettazione di parte assimila le due categorie, rispettivamente, del paziente malato terminale con prognosi infausta e del paziente sottoposto a trattamento di sostegno vitale sulla base del fatto che, in ambo i casi, i trattamenti sarebbero inutili nella prospettiva della guarigione del paziente. Al contrario, la Consulta svela l’errata premessa logica su cui si basa quest’ultima impostazione: il binomio utilità/inutilità del trattamento, invero, deve essere ricollegato non tanto alla guarigione del paziente, quanto piuttosto al mantenimento delle sue funzioni vitali. Conseguentemente, le due situazioni non possono essere omologate.

Anche sulla base di tale ultimo argomento, la Consulta afferma come non sussista alcuna irragionevolezza nell’attuale disciplina, in quanto il paziente conserva una piena autodeterminazione rispetto alla possibilità di non sottoporsi od interrompere, in qualsiasi momento, il trattamento; anche qualora decidesse di rifiutare il trattamento di sostegno vitale *ab initio*, non per questo la condizione dettata dalla 242 del 2019, ed oggetto di impugnazione, risulterebbe non integrata¹⁰⁷.

D’altro canto, la Consulta conclude che “laddove invece il paziente non si trovi in tale condizione e decida di rifiutare trattamenti (terapeutici o palliativi) che non possono essere considerati necessari ad assicurare l’esplicitamento di funzioni vitali [...] in quanto l’omissione o l’interruzione degli stessi non determinerebbe prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo la diversità di disciplina [...] dovrà essere considerata non irragionevole”¹⁰⁸ non risultando, pertanto, alcuna violazione dell’art. 3 Cost.

Ma la novità più interessante della sent. n. 66 del 2025 è rappresentata dalla circostanza per cui in essa emerge in maniera particolarmente accentuata un approccio alla tematica del fine vita estremamente realista. La Corte, infatti, oltre a ribadire il necessario bilanciamento tra autodeterminazione dell’individuo

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ Cfr. Corte Cost, sent. n. 66 del 2025, punto 6.1 in dir., ai sensi del quale “in realtà, la lamentata disparità non sussiste, ove si consideri che anche nella seconda situazione il paziente ben può rifiutare il trattamento indicato quale clinicamente necessario per l’esplicitamento delle sue funzioni vitali, trovandosi così anch’egli nella condizione di avere accesso al suicidio assistito.

¹⁰⁸ Corte cost., sent. n. 66 del 2025, punto 6.1 in dir.

e tutela della vita umana, specie nell'ottica delle persone fragili e vulnerabili, “calà” tale ultima operazione nella concretezza della realtà¹⁰⁹. Conseguentemente il Giudice costituzionale sviluppa le condizioni di non operatività della norma penale, per usare le sue stesse parole, “su un duplice livello”, sottolineando espressamente il rischio sia di “abusi a danno delle persone deboli e vulnerabili”, sia di più generalizzate “derive sociali o culturali che inducano le persone malate a scelte suicide”¹¹⁰.

La Corte costituzionale, in definitiva, aderisce ad una concezione “globale” di cura; valorizza fino in fondo, di conseguenza, tanto l'univocità, quanto l'oggettiva ed irriducibile dignità dell'individuo. In ragione di ciò, i presidi volti alla tutela dei soggetti fragili e vulnerabili vengono individuati nella procedura medicalizzata (delineata dalla L. 22 dicembre 2017, n. 219), nel necessario intervento del SSN, così come del Comitato Etico territorialmente competente, ma anche (e forse soprattutto) nella piena implementazione del diritto fondamentale alle cure palliative.

Da ultimo, la Consulta ribadisce che “non può [...] ritenersi irragionevole la limitazione della liceità dell'aiuto al suicidio ai soli pazienti che abbiano già la possibilità, in forza del diritto costituzionale, di porre fine alla loro esistenza rifiutando i trattamenti di sostegno vitale”¹¹¹. Tale ultima affermazione è ulteriormente significativa se ed in quanto si consideri che essa “puntella” quanto già affermato nella precedente n. 135 del 2024, chiudendo la via del suicidio assistito ai malati psichiatrici, ovvero alle persone affette da malattie cronico-depressive, evitando derive sulla falsariga di quanto avvenuto, ad esempio, nei Paesi del Benelux¹¹².

6. Sulla compatibilità di un presunto diritto “alla morte medicalmente assistita” con il nostro ordinamento costituzionale

Dopo aver passato in rassegna le principali “tappe” della giurisprudenza costituzionale italiana relativa a suicidio assistito ed eutanasia, nonché gli ulteriori percorsi intrapresi in ambito politico al fine di una progressiva liberalizzazione di tali ultime condotte, pare ora possibile formulare alcune considerazioni conclusive, non senza osservare, con riguardo al rapporto fra Corte costituzionale e Legislatore, che la ritenuta inerzia del Parlamento, derivante dal mancato recepimento di una asserita necessità di rango costituzionale, rappresenta una questione che, semmai, andrebbe risolta sul piano politico e della

¹⁰⁹ Cfr. A.R. VITALE, *La perimetrazione costituzionale della disciplina della morte assistita*, cit., 772, per il quale “la sentenza n. 66 del 2025 ha avuto cura di orientare l'intera struttura del proprio percorso argomentativo di rigetto dei dubbi di legittimità costituzionale e delle sottese pretese non in base a valutazioni astratte o formali, ma secondo l'inderogabile e sostanziale criterio onto-assiologico rappresentato dal principio personalistico, che senza dubbio costituisce l'orizzonte di senso di tutto il quadro complessivo dei diritti [...]”.

¹¹⁰ Corte cost., sent. n. 66 del 2025, punto 7.2 in dir.

¹¹¹ *Ibid.*

¹¹² Per maggiori dati, cfr. Regional Euthanasia Review Committees, Annual Report 2024, disponibile al link <https://english.euthanasiecommissie.nl/documents/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>, dove sono reperibili anche gli altri report annuali a partire dall'anno 2002.

rappresentanza¹¹³, nella misura in cui “la richiesta sociale di riconoscimento dei diritti, specie dei c.d. nuovi diritti [...] non dovrebbe di regola essere rivolta al giudice, ma al legislatore”¹¹⁴.

Come si è cercato di argomentare nel corso del presente contributo, il pensiero di coloro che sostengono l'esistenza, ovvero la necessità costituzionale di proclamare un diritto costituzionalmente garantito alla morte medicalmente assistita, si fonda su una concezione di dignità personale declinata in chiave essenzialmente soggettiva, e come tale confluente nell'autodeterminazione, a sua volta intesa come esaltazione assolutistica della propria individualità e capacità decisionale.

Una tale ricostruzione, tuttavia, pare significativamente divergente dal quadro delineato da una Costituzione intrinsecamente personalista e vocata alla tutela della vita¹¹⁵ quale la nostra.

Pur essendo, infatti, la dignità un concetto sfuggente, in virtù della irriducibile pluralità di significati che la caratterizzano e che la rendono atta a “contemplare e reggere varie e differenti concezioni”¹¹⁶, è tuttavia innegabile che di essa possa individuarsi una duplice componente, una soggettiva ed una oggettiva¹¹⁷.

¹¹³ Sul punto, particolarmente calzanti le parole di N. ZANON, *I rapporti tra la Corte costituzionale e il Legislatore alla luce di alcune recenti tendenze giurisprudenziali*, in *federalismi.it*, n. 3/2021, 86 ss, spec. 96-97 che si domanda: “È davvero giustificata da un principio scritto nella Costituzione l'interposizione di una mano terza (di un medico o di chi per lui), che pone esecutivamente fine a una vita [...] e sì, quale sarebbe questo principio? La dignità individuale? La ragionevolezza? L'autodeterminazione? Ammesso (ma non concesso) che di tutte e tre questi concetti la Costituzione italiana ragioni esplicitamente, quante sfumature di declinazione diversa vi troverebbero principi di tal fatta? [...] Come giungere, a partire da principi così generali e generici, a una soluzione così specifica, e terribile? Non dovrebbe invece, e semmai, anche questa nuova “causa di giustificazione”, che modifica il codice penale, essere il risultato di una libera scelta legislativa, che interpreti il sentire comune e diffuso, la famosa “coscienza sociale”, in uno spazio vuoto di regole costituzionali specifiche? E se una Legge apposita in questo senso non si ottenga, perché imporla sostenendo che essa sarebbe richiesta dalla Costituzione, per interposta Corte costituzionale? Gli assertori della bontà di questa soluzione convincano, piuttosto, partiti, elettori e Parlamento: se non vi riescono, forse è perché il Legislatore rappresentativo ha “antenne” che suggeriscono soluzioni diverse”.

¹¹⁴ R. BIN, *Chi è il Giudice dei diritti*, cit., 636. Cfr. inoltre G. SERGES, *Crisi della rappresentanza parlamentare e moltiplicazione delle fonti*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 3/2017, 2, dove l'A. afferma che “separazione delle funzioni e delle competenze rappresentano i pilastri sui quali dovrebbe essere costruito il rapporto tra le fonti di produzione e la stessa garanzia dei diritti costituzionali”.

¹¹⁵ Cfr. A. RUGGERI, *Appunti per una voce di Encyclopædia sulla dignità dell'uomo*, in *Dirittifondamentali.it*, 15.04.2014, 5; ID., *Il principio personalista e le sue proiezioni*, in *federalismi.it*, n. 17/2013, 1ss.

¹¹⁶ Cfr. D. NERI, *Sugli usi del concetto di dignità umana in bioetica e in bio diritto*, in *BioLaw Journal- Rivista di BioDiritto*, n. 2/2017, 83 ss., 84.

¹¹⁷ Cfr. S. PRISCO, *La dignità nel dibattito biogiuridico e biopolitico. Linee ricostruttive*, in *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto*, special issue n. 2/2019, 61 ss., 68, per il quale “le polarità teoriche opposte che tengono il campo sono o che la dignità della persona comporti un'autonomia di fondo nella percezione e proiezione sociale di se stessi e di un personale modello di vita, o che essa trovi argini nell'ineludibile condizionamento da parte di vincoli che originano dall'esterno del soggetto, variamente configurati, ma sostanzialmente ricondotti ad uno «forzo per recuperare la necessaria dimensione oggettiva del soggetto»”; cfr. anche L. ANTONINI, *Autodeterminazione nel sistema dei diritti costituzionali*, in F. D'AGOSTINO (a cura di), *Autodeterminazione. Un diritto di spessore costituzionale?*, Atti del Convegno nazionale dell'U.G.C.I., Pavia, 5-7 dicembre 2009, 2012; V. BALDINI, *La dignità umana fra approcci teorici ed esperienza interpretativa*, in *Rivista AIC*, n. 2/2013, 1 ss.; ID., *Teoriche della dignità umana e loro riflessi sul diritto positivo (a proposito della disciplina sul trattamento del malato mentale)*, in *dirittifondamentali.it*, n. 2/2012, 1 ss.

L'impostazione assolutistico-individualista¹¹⁸, nel rappresentare tali componenti in aperta antitesi fra loro, ed esaltando la prima, finisce nella sostanza con l'annullare la seconda, la quale tuttavia emerge con chiarezza, anche solo in virtù di un dato meramente testuale, ossia l'esplicito riferimento che ad essa viene fatto da molteplici disposizioni costituzionali¹¹⁹. Inoltre, il lemma “componente” evoca l'immagine di due elementi che, pur suscettibili di entrare in contrasto tra loro, debbono tuttavia necessariamente coesistere.

E se è vero, come ha avuto modo di rilevare illustre dottrina, che nessun principio costituzionale può prevalere in maniera assoluta sugli altri, dando adito ad un “assolo costituzionale”¹²⁰, allora un totale ed incondizionato predominio della componente soggettiva della dignità umana (e quindi, dell'autodeterminazione) non è costituzionalmente sostenibile, e neppure auspicabile, in quanto la conseguenza indiretta non è la sola (e paradossale) conflittualità tra dignità e vita umana, ma anche l'insanabile *vulnus* di quest'ultima¹²¹.

Non può non rilevarsi, poi, come anche il medesimo concetto di autodeterminazione, considerato in sé e per sé, presenti dei connotati profondamente diversi rispetto alla tesi dei sostenitori del c.d. “*right to die*”. L'autodeterminazione, nel suo significato ricavabile dal dettato costituzionale (dove, come noto, la stessa non viene espressamente contemplata¹²²) si riconnette ad una concezione di persona umana che, proprio nell'ottica del suo pieno inveramento, dev'essere rappresentata non come una monade isolata ed

¹¹⁸ Secondo S. PRISCO, *op. cit.*, 65, “l'estrema frammentazione etico-culturale della postmodernità” è da annoverare tra le cause che hanno condotto ad una radicalizzazione dell'impostazione soggettiva, e in ultimo all'affermarsi di un iper-individualismo che appiattisce e fa coincidere la dignità umana con l'autodeterminazione, ossia con una libertà priva di limiti.

¹¹⁹ A titolo meramente esemplificativo: dalla “pari dignità sociale” di cui all'art. 3, comma 2 Cost., all'esistenza “libera e dignitosa” del lavoratore e dei suoi familiari di cui all'art. 36 Cost., fino ad arrivare all'art. 41 Cost., che fissa il limite della “dignità umana” (oltre che della sicurezza e della libertà) all'iniziativa economica privata.

¹²⁰ Cfr. A. SPADARO, *I due volti del costituzionalismo di fronte al principio di autodeterminazione*, in *Politica del diritto*, n. 3/2014, 403 ss., 433.

¹²¹ Tutto ciò nonostante la Corte costituzionale, da ultimo nella sent. n. 50 del 2022, annoveri il diritto alla vita fra i diritti inviolabili dell'uomo, ossia fra quei diritti “che occupano nell'ordinamento una posizione, per dir così, privilegiata, in quanto appartengono [...] all'essenza dei valori supremi sui quali si ispira la Costituzione italiana”. Cfr. Corte cost., sent. n. 1146 del 1988 e Corte cost., sent. n. 35 del 1997; cfr. anche Corte cost., sent. n. 223 del 1996.

¹²² Al punto che alcuni autori arrivano a dubitare che essa sia effettivamente da annoverare tra i principi di rango costituzionale: ad es. in A. POGGI, *Eutanasia*, in A. D'ALOIA (a cura di), *Il diritto e la vita: un dialogo italo-spagnolo su aborto ed eutanasia*, Jovene, Napoli, 2011, 65 ss., 71, l'A. rileva come, dall'insieme della giurisprudenza costituzionale, emerga che l'autodeterminazione sulla propria vita non costituisca un principio fondamentale; ancora, in S. MANGIAMELI, *Autodeterminazione: diritto di spessore costituzionale*, Relazione tenuta al IV Laboratorio Sublacense su «La comunità familiare e le scelte di fine vita», Abbazia di Santa Scolastica – Subiaco, 3-5 luglio 2009, disponibile al seguente link: https://www.forumcostituzionale.it/wordpress/images/stories/pdf/documenti_forum/paper/0148_mangiameli.pdf, dove, a pag. 3, si afferma che la Costituzione “non esprime una nozione di autodeterminazione, ma semmai può qualificare alcune scelte e decisioni dell'individuo in modo puntuale; l'A. afferma, inoltre, come “In definitiva, perciò, secondo Costituzione, non di “autodeterminazione dell'individuo si dovrebbe parlare, ai fini di una valutazione sulla meritevolezza della tutela costituzionale, ma delle singole scelte e decisioni che questo assume o compie.”

autoreferenziale, bensì calata in un contesto comunitario, composto da una fitta trama di relazioni umane¹²³.

Pertanto, la relazionalità è attributo consustanziale, limite¹²⁴ e presupposto necessario dell'autodeterminazione: in tale prospettiva, e non a caso, anche la L. 22 dicembre 2017, n. 219¹²⁵ non esclude la necessaria tutela e valorizzazione della c.d. “alleanza terapeutica” medico-paziente, prevedendo al contrario istituti a ciò funzionali, quali la pianificazione condivisa delle cure¹²⁶, nonché affermando che “il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”¹²⁷.

In definitiva, se l'autodeterminazione dell'individuo, specie nelle scelte di fine vita, non viene declinata entro una relazionalità (*in primis* con l'équipe medica ed i familiari) e “calata” nel contesto nel quale deve concretamente estrinsecarsi, essa diviene un manifesto ideologico-politico, che nella realtà, tuttavia, come ci dimostrano alcuni casi del panorama italiano¹²⁸ e comparato, rischia di essere marginalizzata o, peggio ancora, prevaricata.

¹²³ Sul punto, cfr. E. LONGO, *Le relazioni come fattore costitutivo dei diritti sociali*, in *Diritto e Società*, 2014; ID., *I diritti sociali nella Costituzione italiana: un percorso di analisi*, in *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, n. 2/2017, 201 ss.; F. PIZZOLATO, *Diritti sociali e livelli di intervento dei soggetti privati*, in *Nuove Autonomie*, 2006, 329 ss.; ID., *Autodeterminazione e relazionalità nella tutela della salute*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2/2018, 429 ss.

¹²⁴ Una seconda chiave interpretativa del concetto di relazionalità si ritrova, infatti, ad es. in A. SPADARO, *Dall'indisponibilità (tirannia) alla ragionevolezza (bilanciamento) dei diritti fondamentali. Lo sbocco obbligato: l'individuazione di doveri altrettanto fondamentali*, in *Politica del diritto*, n. 1/2006, 167 ss., dove si legge che “ogni libertà individuale [...] non è un valore assoluto, ma ha sempre carattere relativo ed intrinsecamente relazionale, sicché paradossalmente porta sempre con sé il concetto di limite”.

¹²⁵ In generale, sulla Legge 22 dicembre 2017, n. 219, cfr. M. RODOLFI, C. CASONATO, S. PENASA (a cura di), *Consenso informato e DAT: tutte le novità*, in *Il civilista*, 2018; AA.VV., *Forum: La legge 219 del 2017*, in *BioLaw Journal-Rivista di Biodiritto*, n. 1/2018; AA.VV., *Il Biotestamento. Prime regole sul fine vita. Riflessioni a margine della legge 219/17*, in *Diritto e salute*, n. 4/2018, 30 ottobre 2018; G. BALDINI, *Prime riflessioni a margine della legge n. 219/2017*, in *BioLaw Journal-Rivista di Biodiritto*, n. 2/2018, 97 ss.; M. AZZALINI, *Legge 219/2017: la relazione medico-paziente irrompe nell'ordinamento positivo tra norme di principio, ambiguità lessicali, esigenze di tutela della persona, incertezze applicative*, in *Resp. Civ. e previd.*, n. 1/2018, 9 ss.; R.G. CONTI, *La legge 22 dicembre 2017, n. 219 in una prospettiva civilistica: che cosa resta dell'art. 5 del codice civile?*, in *Consultationline*, fasc. n. 1/2018, 221 ss.; D. PARIS, *Legge sul consenso informato e le DAT: è consentita l'obiezione di coscienza del medico?*, in *BioLaw Journal-Rivista di Biodiritto*, n. 1/2018, 31 ss.; F.G. PIZZETTI, *Prime osservazioni sull'istituto delle disposizioni anticipate di trattamento (dat) previsto dall'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219*, in AA.VV., *Forum: la legge 219*, cit., 54 ss.; L. EUSEBI, *Decisioni sui trattamenti sanitari o “diritto di morire”? I problemi interpretativi che investono la legge 219/2017 e la lettura del suo testo nell'ordinanza di rimessione alla Corte costituzionale dell'art. 580 c.p.*, in *Rivista italiana di diritto e medicina legale e del diritto in campo sanitario*, n. 1/2018, 415 ss.

¹²⁶ Cfr. Legge 22 dicembre 2017, n. 219, art. 5, comma 1, ai sensi del quale “Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità”.

¹²⁷ Cfr. Legge 22 dicembre 2017, n. 219, art. 1, comma 8.

¹²⁸ Il riferimento è al noto caso di Eluana Englaro, nel quale, come noto, non potendo la paziente esprimere un consenso attuale, informato e consapevole al distacco dai trattamenti di sostegno vitale, quest'ultimo venne ricostruito con modalità *de relato* e, pertanto, presuntive. In dottrina, cfr. ad es. C. ANNECHIARICO, E. GRIGLIO, *Il caso Englaro: profili costituzionali*, in *Amministrazione in Cammino*; A. D'ALOIA, *Al limite della vita: decidere sulle cure*, in *Quaderni Costituzionali*, n. 2/2010, 237 ss.; S. GAMBINO, *Diritto alla vita, libertà di morire con dignità, tutela della salute. Le garanzie dell'art. 32 della Costituzione*, in *Revista de la facultad de ciencias Jurídicas*, n. 14/15 2009/10, 101 ss.; cfr., infine, i contributi contenuti in *Il potere, le regole, i controlli: la Costituzione e la vicenda Englaro*, Atti del seminario Astrid tenutosi a Roma, 05.03.2009; più in

Davvero, allora, potrebbe concretizzarsi il passaggio da un presunto diritto alla morte medicalmente assistita ad un vero e proprio dovere di morire¹²⁹. In altre parole, la richiesta di essere aiutati a morire, in assenza della necessaria contestualizzazione, e cioè di idonea considerazione dei possibili fattori condizionanti, tanto esterni (ad es., percezione di inutilità sociale, pressioni provenienti dai familiari, desiderio di non provocare in loro sofferenze) quanto interni (per es., stati ansiosi, depressivi o alterazioni delle normali funzioni cognitive determinate dal quadro clinico generale), anziché espressione di genuina autodeterminazione, rischia di configurarsi, in sostanza, come una forma surrettizia e sfuggente di eterodeterminazione. Ciò in quanto, come è stato recentemente sottolineato, ad esempio nello specifico ambito delle malattie neurodegenerative, ben difficilmente la scelta del paziente può dirsi libera, in virtù di una compromissione cognitiva causata dalla stessa patologia¹³⁰.

Tale ricostruzione pare essere suffragata dalla giurisprudenza della Corte EDU: il Giudice di Strasburgo, infatti, non solo ha affermato sin dalla sentenza Pretty vs Regno Unito la dottrina del c.d. “margine di apprezzamento” per gli Stati nazionali, negando la sussistenza di un c.d. “right to die” ricavabile dall’art. 2 CEDU, ma ha ribadito tali assunti, da ultimo, nella recente sentenza Karsai vs Ungheria, dove si legge che “[...] in order to be compatible with article 2, such decriminalisation had to be accompanied by appropriate and sufficient safeguards to prevent abuse and thus secure respect for right to life”¹³¹. Sempre nella medesima pronuncia si

generale, rispetto all’impossibilità a far coincidere autodeterminazione e consenso informato, cfr. anche G. RAZZANO, *La Legge n. 219/2017 su consenso informato e DAT fra libertà di cura e rischio di innesti eutanasici*, Torino, 2019, spec. 30 ss.; R. BALDUZZI, *La tensione tra il principio di indisponibilità della vita umana e il principio di autodeterminazione*, in P. MACCHIA (a cura di), *Ai confini delle cure. Terapia, alimentazione, testamento biologico. Profili clinici, giuridici, etici*, Edizioni Scientifiche italiane, Napoli, 2014, 54.

¹²⁹ Su tale ultimo punto, cfr. il noto caso olandese di Marinou Arends, che viene ricostruito in A. MANTOVANO (a cura di) *Eutanasia. Le ragioni del no Il referendum, la Legge, le sentenze*, Cantagalli, Siena, 2022, 236-238, dove si legge: “Nel 2016 un’anziana di 74 anni viene fatta ricoverare in una casa di cura per i malati di demenza [...] dopo sette settimane non sopporta più il ricovero, si lamenta tutto il giorno e vaga senza pace per i corridoi durante la notte. Spunta fuori allora una direttiva anticipata scritta dalla Signora quattro anni prima, quando le era stato diagnosticato l’Alzheimer, dove si leggeva che ella avrebbe voluto ricevere l’eutanasia quando io riterrò essere il momento giusto e quando sarò ricoverata in una casa di cura. La dottoressa Marinou Arends, geriatra, è convinta che questo momento sia arrivato e che cessare la vita della signora sia la soluzione migliore per alleviare le sue sofferenze. [...] La dottoressa allora chiede alla donna che ne pensi se ti aiutassi a morire? E per tre volte l’anziana risponde sconcertata di no, aggiungendo penso che ci stiamo spingendo troppo lontano, morta, no. Ma la dottoressa ormai aveva deciso: per lei la signora sembrava titubante in queste risposte che le apparivano incoerenti con la direttiva anticipata. Doveva morire. [...] per non causarle ulteriore stress, droga l’anziana, versandole del sedativo nel caffè. Quando pare ormai addormentata, la dottoressa inizia le procedure, praticando la prima delle tre iniezioni necessarie per ucciderla. Inizia l’orrore: l’anziana si sveglia, capisce cosa sta succedendo, inizia a dimenarsi cercando di tirarsi indietro. Ma la dottoressa imperterrita, con l’aiuto della figlia e del marito dell’anziana che la immobilizzavano nel letto, porta a termine la procedura.”

La dott.ssa è stata condannata in primo e secondo grado di giudizio; la Corte Suprema la ha invece assolta ritenendo che la fattispecie rientrasse nella necessariamente libera interpretazione del medico della direttiva anticipata di trattamento. La Dott.ssa ha dichiarato agli organi di stampa quanto segue: “Rifarei tutto. Per tre volte la Signora ha detto no ma io le ho dato l’eutanasia lo stesso. Immagino che ci siano medici che ritengano io abbia superato il limite ma io ho dovuto agire senza il consenso della paziente, per il meglio [...] dovevo aiutarla [...] non potevo abbandonarla [...] lo rifarei”.

¹³⁰ Sul punto, cfr. M. LEONARDI, *Suicidi dei malati, i sintomi rimossi*, in *Arvenire*, 11 settembre 2025; tale ultimo contributo viene ripreso in F. OGNIBENE, *Non smarrire l’umanità*, in *Arvenire*, 19 settembre 2025.

¹³¹ ¹³¹ Cfr. Corte EDU, Karsai vs Hungary (Application n. 32312/23), 13 giugno 2024, par. 127.

afferma che “ensuring the ongoing validity of the request can be particularly difficult in the case of medical conditions [...] where patients might ultimately lose the ability to communicate”¹³² e che “however, it cannot be overlooked that the provision of PAD in respect of patients who are not dependent on life support may give rise to further challenges and risk of abuse”¹³³.

Inoltre, in senso analogo sembra porsi anche la giurisprudenza della Corte costituzionale italiana. Dalle varie pronunce della Consulta sopra esaminate, infatti, pare possibile ricavare alcuni capisaldi:

- 1) Per prima cosa, la Corte costituzionale, almeno fino alla sentenza n. 132/2025, su cui ci si soffermerà a breve, ha negato l'esistenza di un diritto – tanto meno di rango costituzionale – ad ottenere il suicidio assistito nella consapevolezza sia della difficilissima coabitazione di un simile diritto con la nostra Carta Costituzionale¹³⁴, sia del rischio di trasformazione della Consulta in decisore politico, anzi “nel massimo dei decisorii, proprio perché, trincerandosi dietro la maschera del garante, si farebbe potere costituente”¹³⁵.
- 2) La Corte costituzionale ha inoltre sottolineato la necessità di un'adeguata tutela della persona umana, ed in particolare delle categorie di individui particolarmente fragili. Tale obiettivo garantisce, a ben vedere, le fondamenta stesse del nostro ordinamento costituzionale, il quale non rappresenta solo un “minimo comune denominatore assiologicamente ispirato”¹³⁶, “linea ultima di difesa della regolarità del gioco [...] della cui presenza ci si deve accorgere solo nel momento in cui viene varcata”¹³⁷, ma anche, e forse ancora prima, “minimo comune etico”¹³⁸, come tale ontologicamente connotato, che si incarna nella persona umana, nella sua tutela e nella sua promozione “senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali”, ivi incluse le condizioni di salute¹³⁹.

¹³² *Ibid.*, par. 151.

¹³³ *Ibid.*, par. 150.

¹³⁴ Sul punto, cfr. A. BARBERA, *Eutanasia: riflessioni etiche, storiche e comparatistiche*, in S. CANESTRARI, G. CIMBALO, G. PAPPALARDO (a cura di), *Eutanasia e diritto. Confronto tra discipline*, Giappichelli, Torino, 2003, 5-6, dove l'A. ricorda come ogni ordinamento abbia “bisogno di legarsi a un valore, ad una norma fondante (un *Grund-wert*) che ne faccia da presupposto” e osserva che “nessuno ci può dimostrare che la vita appartiene a Dio ma la ragione ci può dire che la vita è il valore più alto dell'umanità e che essa non appartiene a ciascuno di noi”; cfr. inoltre le considerazioni contenute in I. LAGROTTA, *L'eutanasia nei profili costituzionali*, Cacucci, Bari, 2005, 53: “Il richiamo ai diritti inviolabili dell'uomo ed al rispetto della persona non possono far ritenere legittima alcuna forma di eutanasia attiva che, alla luce del dettato costituzionale, risulta antigiuridica e, quindi, illegittima. Sotto il profilo strettamente costituzionalistico, quindi, il cosiddetto diritto di morire trova il suo ostacolo più forte proprio nel principio personalistico”.

¹³⁵ Cfr. A. RUGGERI, *Introduzione*, in R. ROMBOLI, A. RUGGERI (a cura di), *Corte europea dei diritti dell'uomo e Corte interamericana dei diritti umani: modelli ed esperienze a confronto*, Giappichelli, Torino, 2019, XX.

¹³⁶ Cfr. A. RUGGERI, *Metodi e dottrine dei costituzionalisti ed orientamenti della giurisprudenza costituzionale in tema di fonti e della loro composizione nel sistema*, in *Diritto e Società*, 2000, 165 ss.

¹³⁷ Cfr. R. BIN, *Diritti e argomenti. Il bilanciamento degli interessi nella giurisprudenza costituzionale*, Giuffrè, Milano, 1992, 158.

¹³⁸ Cfr. G. RAZZANO, *Equità e integrazione: due principi chiave per un nuovo piano sanitario nazionale. Oltre la “Missione salute” del PNRR*, in *Rivista AIC*, n. 2/2024, 49 ss., 50.

¹³⁹ Sul punto, cfr. G. RAZZANO, *Il nucleo duro quale presupposto della giurisprudenza costituzionale*, in S. STAIANO (a cura di), *Giurisprudenza costituzionale e principi fondamentali*, Giappichelli, Torino, 2006, 739 ss.

- 3) La tutela della vita umana (così come il suo bilanciamento con altri diritti di rango costituzionale ritenuto necessario dalla Consulta) deve, poi, essere gioco-forza calata nella realtà, avendo riguardo, cioè, al contesto relazionale, sociale e fattuale in cui il paziente affronta il percorso della malattia. La Corte costituzionale mostra di avere piena consapevolezza di ciò, specie nelle pronunce nn. 135 del 2024 e 66 del 2025, dove viene fatto espresso riferimento alla “pressione sociale indiretta” ed al fatto che “il cosiddetto diritto di morire rivendicato in alcune circostanze potrebbe essere paradossalmente percepito dal malato come un dovere di morire per non essere di peso”¹⁴⁰.
- 4) Conseguentemente la Consulta, nel tentativo di operare un bilanciamento tra tutti i principi costituzionali in gioco, si è limitata a ritagliare una ristretta area di non conformità costituzionale, nella quale, solo in presenza di tutte le condizioni enucleate da quest’ultima, la fattispecie penale di aiuto al suicidio non è punibile. Fra l’altro non è ravvisabile una automatica equivalenza tra un comportamento lecito al ricorrere di determinate condizioni e la configurazione di un vero e proprio diritto¹⁴¹.

In definitiva, nel nostro ordinamento costituzionale non sembra configurabile, un presunto “diritto alla morte medicalmente assistita”, nonostante la recente sentenza n. 132 del 2025 utilizzi questa espressione, come ora si dirà.

7. Qualche notazione conclusiva alla luce del c.d. “testo base” sul fine vita presentato dalla maggioranza e della recente sentenza della Corte costituzionale n. 132 del 2025

Negli ultimi mesi si è assistito ad una possibile accelerazione rispetto all’approvazione di una disciplina legislativa in materia di fine vita. Per la verità, sarebbe più corretto dire una disciplina legislativa inerente alle forme ed alle condizioni in presenza delle quali la fattispecie penale di aiuto al suicidio non è punibile dal nostro ordinamento, in quanto, come già detto, una disciplina legislativa in materia di fine vita *latu sensu* inteso era già ricavabile dal combinato disposto della L. 22 dicembre 2017, n. 219 e della L. 15 marzo 2010, n. 38.

¹⁴⁰ Corte cost., sent. n. 66 del 2025, punto 7.2 in dir.

¹⁴¹ Sul punto, cfr. A. BARBERA, *La Costituzione della Repubblica italiana*, Giuffrè, Milano, 2016, 157.

Dopo la presentazione, nel corso della XIX Legislatura, di cinque disegni di legge¹⁴², e le dichiarazioni del Ministro della Salute¹⁴³, attualmente un testo è stato reso noto e presentato dalla odierna maggioranza al Senato¹⁴⁴, dove è stato esaminato dalle Commissioni riunite Giustizia e Affari Sociali, Sanità, Lavoro pubblico e privato, Previdenza sociale¹⁴⁵.

Alla luce di quanto sostenuto nel presente contributo, pare innanzitutto necessario tentare di formulare alcuni indirizzi di carattere generale.

Per prima cosa, il Legislatore nazionale dovrebbe scongiurare il rischio di un ulteriore scivolamento concettuale, ossia quello che vorrebbe porre sullo stesso piano le cure palliative (ed in particolare la sedazione profonda continua nell'imminenza della morte) ed il suicidio assistito¹⁴⁶. Infatti, si tratta di due istituti profondamente diversi, nella misura in cui le cure palliative costituiscono un LEA, nonché un diritto fondamentale dell'individuo espressamente riconosciuto, basato su un approccio di cura globale¹⁴⁷, e quindi su di una “scelta assiologica che esalta la persona a prescindere dalle sue condizioni, non consentendo che le sue esigenze esistenziali primarie vengano misurate (e di conseguenza tutelate) sulla base di standard qualitativi ad incerta definizione”¹⁴⁸. Mentre il suicidio assistito, almeno allo stato attuale, non può considerarsi né un Livello essenziale di Assistenza né, come detto, un diritto.

Conseguentemente, l'azione del Legislatore nazionale dovrebbe dirigersi, prima di tutto, verso l'effettiva implementazione e la garanzia sull'intero territorio nazionale delle cure palliative nonché, più in generale, di tutta la necessaria assistenza alle categorie di individui maggiormente fragili, e delle relative famiglie.

¹⁴² Si tratta, in particolare, dei disegni di legge A.S. n. 65, d'iniziativa dei senatori Parrini e Fina; A.S. 104, d'iniziativa dei senatori Bazoli, Mirabelli, Rossomando, Verini, Astorre, Enrico Borghi, Cottarelli, Fina, Rojc e Zampa; A.S. 124, d'iniziativa dei senatori Pirro, Castellone e Barbara Floridia; A.S. 570, d'iniziativa dei senatori De Cristofaro, Cucchi, Aurora Floridia e Magni. Sul punto cfr. anche F. VARI, *Ancora in tema di aiuto al suicidio ed eutanasia*, in *Consultaonline*, fasc. n. 2/2025, 516 ss.

¹⁴³ Il quale ha parlato di “possibili tempi maturi” per una disciplina legislativa statale in materia; cfr. Schillaci apre sul fine vita: “I tempi sono maturi per una Legge nazionale”, in *Repubblica*, 21 febbraio 2025; Schillaci apre sul fine vita: “Tempi maturi per una Legge buona per tutti”, in *La Stampa*, 21 febbraio 2025; Fine vita, l'apertura del ministro Schillaci: «Tempi maturi per una Legge buona per tutti», in *Domani*, 21 febbraio 2025.

¹⁴⁴ A.S. 124.

¹⁴⁵ Il testo è reperibile al link <https://www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/FascicoloSchedeDDL/ebook/55222.pdf>.

¹⁴⁶ Secondo la Società Italiana di Cure Palliative (SICP), i due istituti differiscono almeno per tre aspetti: per l'obiettivo/intenzione della procedura (ridurre o abolire la percezione della sofferenza provocata dai sintomi refrattari); per i mezzi utilizzati (farmaci sedativi non letali) e per l'esito finale (riduzione della vigilanza/coscienza). Nel caso dell'eutanasia l'obiettivo/intenzione è invece la morte del malato; le sostanze utilizzate sono letali per tipologia e dosaggi impiegati e l'esito è la morte del malato. Cfr. SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA, ANALGESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI), *Rilievi sul testo unificato nell'ambito dell'esame dei disegni di legge nn. 65, 104, 124, 570, 1083 e 1408 - Modifica all'articolo 580 del Codice penale e ulteriori disposizioni esecutive della sentenza n. 242 della Corte costituzionale del 22 novembre 2019*, Commissioni Giustizia e Affari sociali riunite, Senato della Repubblica, 10 luglio 2025.

Nello stesso senso, cfr. COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico*, 2008, spec. punto 6.

¹⁴⁷ Sul punto, cfr. ad es. E. LAMARQUE, *Le cure palliative nel quadro costituzionale*, in *Rivista AIC*, n. 1/2021, 46 ss.

¹⁴⁸ Cfr. A. D'ALOIA, *Diritto di morire? La problematica dimensione costituzionale della “fine della vita”*, in *Politica del diritto*, n. 4/1998, 601 ss., 621.

Inoltre, il Legislatore Nazionale dovrebbe tenere conto non solo della profonda diversità tra i due istituti considerati, ma altresì considerare il rischio di una loro possibile incompatibilità, nella misura in cui si è dubitato della “coerenza e della sostenibilità di un sistema giuridico in cui da una parte si proclami di prendere in carico il malato, la sua famiglia ed ogni aspetto della loro sofferenza [...] e dall’altro si offre altresì il servizio della morte rapida, ossia del suicidio medicalmente assistito”¹⁴⁹. Lo sforzo del Legislatore, allora, dovrebbe andare in questa direzione, ed in conformità, tra l’altro, con quanto affermato dalla Corte costituzionale, dovrebbe cercare di evitare, in ogni caso, il “rischio di (una) [...] 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 sua sofferenza [...] in accordo con l’impegno assunto dallo Stato con la citata Legge 15 marzo 2010, n. 38”¹⁵⁰.

Da tale ultima considerazione deriva come, sempre in conformità con la ricostruzione operata dalla Corte costituzionale, il Legislatore Nazionale, qualora ritenesse davvero di approvare un testo legislativo in tal senso, dovrebbe considerare non punibile il suicidio medicalmente assistito solo ed unicamente in presenza di tutte le condizioni individuate a partire dalla doppia pronuncia Cappato. Queste ultime andrebbero interpretate, tuttavia, in senso letterale/restrittivo, in applicazione, fra l’altro, del principio di precauzione¹⁵¹, ed al fine di garantire una tutela minima non solo della vita umana, ma altresì il nucleo minimo irriducibile della nostra Carta costituzionale. Fermi restando i dubbi ed il forte timore per i rischi insiti in una siffatta soluzione.

In ultimo, una scelta così tragica, quale è quella di chiedere il suicidio medicalmente assistito, non andrebbe trattata alla stregua di un freddo ed impersonale procedimento amministrativo, ma andrebbe contestualizzata in una realtà¹⁵² ed immersa in una relazionalità, che a sua volta rappresentano un presupposto essenziale per ogni autentica autodeterminazione¹⁵³. In altri termini, il Legislatore nazionale

¹⁴⁹ Cfr. G. RAZZANO, *La dignità nell’ultima fase della vita: le cure palliative*, in M. RONCO (a cura di), *Il diritto di essere uccisi: verso la morte del diritto?*, cit., 98.

¹⁵⁰ Corte cost., sent. n. 242 del 2019, punto 2.4 in dir.

¹⁵¹ Sul principio di precauzione cfr. ad es. ad es. G. DI COSIMO, *Corte costituzionale, bilanciamento di interessi e principio di precauzione*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 10 marzo 2015, 4 ss.; S. GRASSI, A. GRAGNANI, *Il principio di precauzione nella giurisprudenza costituzionale*, in L. CHIEFFI (a cura di), *Biotecnologie e tutela del valore ambientale*, Giappichelli, Torino, 2003; A. GRAGNANI, *Principio di precauzione, libertà terapeutica e ripartizione di competenze fra Stato e regioni*, in *Il Foro italiano*, I/2003, 407 ss.; ID., *Il principio di precauzione come modello di tutela dell’ambiente, dell’uomo, delle generazioni future*, in *Rivista di diritto civile*, 1/2003, 39 ss. G. RAGONE, *Il principio di precauzione nella prospettiva del giudice costituzionale*, in *BioLaw Journal-Rivista di Biodiritto*, n. 2/2019, 157 ss.

¹⁵² Cfr. G. SILVESTRI, *Emergenza da Covid-19 e genere: considerazioni introduttive*, in E. CATELANI, M. D’AMICO (a cura di), *Effetto Covid Donne: la doppia discriminazione*, Il Mulino, Bologna, 2021, 23 ss., per il quale la dignità umana richiede di seguire “le varie posizioni e collocazioni della persona concreta sociale” in vista di una “concretizzazione delle tutele, riferite alle persone e non soltanto ai soggetti”.

¹⁵³ Cfr. G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2019, dove l’A., rispettivamente a pag. 259 e 258, afferma che “Si apprezza allora, con una consapevolezza ancora più profonda, quel disposto dell’art. 32 della Costituzione, per il quale la salute è fondamentale diritto dell’individuo e, insieme- non all’opposto- fondamentale interesse della collettività. I due aspetti sono confluenti [...] nella

dovrebbe investire in tutti quegli istituti che danno linfa ed effettività all'alleanza terapeutica tra paziente e medico curante, quale ad esempio la pianificazione condivisa delle cure prevista dalla L. 22 dicembre 2017, n. 219¹⁵⁴. Ciò anche al fine di incentivare tutte le possibili soluzioni che garantiscano un fine vita dignitoso, dando così adito ad un percorso in cui il paziente non viva in solitudine l'esperienza della malattia, della sofferenza e della vicinanza alla morte.

Il disegno di Legge presentato dalla maggioranza, nel suo “testo base”, rispetto a tali auspici, ci restituisce un quadro fatto di luci ed ombre.

Innanzitutto, infatti, rispetto all'obiettivo inerente alla non confusione delle due distinte fattispecie del suicidio medicalmente assistito e delle cure palliative, ed all'implementazione di queste ultime, il disegno di legge può certamente essere valutato positivamente, nella misura in cui, all'art. 3, comma 1, numero 1, si propone di scongiurare il rischio che eventuali somme destinate al finanziamento delle cure palliative possano essere utilizzate per le “prestazioni” di suicidio medicalmente assistito¹⁵⁵.

D'altro canto, l'art. 3, comma 1, numero 2, prevede un duplice livello di intervento del Governo (e quindi dell'attività di indirizzo politico) nell'ottica dell'effettiva implementazione delle cure palliative: *in primis* la nomina di un commissario *ad acta* nel caso di omessa presentazione, da parte di una Regione, del piano di potenziamento delle cure palliative¹⁵⁶; *in secundis*, nel caso di mancato raggiungimento degli obiettivi fissati dal predetto piano per l'anno precedente, l'assegnazione da parte del Ministero della Salute di un termine non superiore a sei mesi, seguito, se del caso, da un intervento diretto¹⁵⁷.

Tuttavia, come notato altresì dalla Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), l'intento di potenziare la rete di cure palliative, senza un proporzionato finanziamento, rischia di rimanere unicamente un auspicio non tradotto in realtà¹⁵⁸.

consapevolezza che l'uomo isolato non esiste” e che “si comprende (quindi) meglio il concetto di alleanza terapeutica [...] Un concetto che suppone quello di prossimità, diverso dalla domanda di distanza, insita, al contrario, nella rivendicazione di autonomia assoluta del paziente”. Cfr. anche B. PEZZINI, *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, in *BioLaw Journal-Rivista di Biodiritto*, n. 2/2019, 117 ss., 136-137.

¹⁵⁴ Cfr. il già citato art. 5, L. 22 dicembre 2017, n. 219.

¹⁵⁵ La citata disposizione legislativa, infatti, afferma, alla lettera b) che alla Legge 15 marzo 2010, n. 38, art. 5, comma 4bis, è apportata la seguente aggiunta: “Eventuali residui delle somme di cui all'articolo 12, comma 2, non utilizzati per le finalità di cui alla presente legge, sono in ogni caso restituiti allo Stato e non possono essere utilizzati per finalità diverse da quelle previste nella presente legge”.

¹⁵⁶ Nella citata disposizione legislativa si legge, infatti, che “Nel caso di omessa presentazione del Piano, entro 30 giorni dal ricevimento della relazione di Agenas, il Governo, con delibera assunta ai sensi dell'art. 1, comma 569, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, nomina un commissario ad acta sino al raggiungimento dello standard di cui al presente articolo”.

¹⁵⁷ “Qualora la Regione non abbia ottenuto gli obiettivi di potenziamento delle cure palliative fissati nel progetto presentato [...] il Ministro della Salute assegna un termine non superiore a sei mesi per il raggiungimento degli stessi, procedendo il Governo nel senso del periodo precedente qualora Agenas accerti il perdurante inadempimento”.

¹⁵⁸ Sul punto, è da notare come il comma 4-quinquies che il disegno di legge intenderebbe aggiungere all'art. 5 della L. n. 38 del 2010 prevede che “alle attività di cui ai commi 4-ter e 4-quater si provvede con i mezzi finanziari e organizzativi disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica”. Sul punto, cfr. Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), Rilievi sul testo unificato nell'ambito dell'esame

Perplessità suscita, invece, l'art. 4, recante modifiche alla Legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, il quale prevede l'istituzione di un “Comitato Nazionale di Valutazione”, tramite l'aggiunta di un art. 9 bis.

In primis, infatti, nella disposizione in oggetto si legge che “il Comitato Nazionale di Valutazione acquisisce agli atti il parere, non vincolante, di un medico specialista della patologia di cui soffre il richiedente”. Forse, nell'ottica di una valorizzazione della relazionalità nelle scelte di fine vita, ed al fine di evitare che determinate scelte vengano compiute dal paziente in solitudine o, peggio, sotto l'influenza di pressioni sociali esterne, avrebbe senso aggiungere la necessaria consultazione (anche tramite parere scritto) del medico curante, sia esso uno specialista piuttosto che il medico di medicina generale.

Le maggiori preoccupazioni, tuttavia, sono destate dalla disposizione di chiusura dell'articolo 4, tale per la quale “il personale di servizio, le strumentazioni e i farmaci, di cui dispone a qualsiasi titolo il Sistema Sanitario Nazionale non possono essere impiegati al fine della agevolazione del proposito di fine vita considerata dalla sentenza della Corte costituzionale del 22 novembre 2019, n. 242”.

Essa è già stata aspramente criticata, in particolare dalle forze politiche di opposizione, in quanto aprirebbe la strada “ad una privatizzazione del fine vita, con buona pace dell'uniformità di trattamento e della parità di accesso”¹⁵⁹, e determinerebbe una diseguaglianza, anche di carattere economico, nella possibilità di richiedere ed ottenere il suicidio assistito.

Al riguardo, se da un lato si comprende come l'intento dell'attuale maggioranza sia quello di cercare di impedire qualsivoglia confusione e/o assimilazione tra il suicidio assistito ed i concetti di trattamento sanitario e di cura, tutelando così il diritto alla vita, è proprio quest'ultimo a rischiare di essere vulnerato, nella misura in cui l'opzione legislativa prescelta creerebbe un alone di opacità attorno all'intera “procedura”, che fra l'altro risulta potenzialmente eseguibile da chiunque. Infatti, in assenza di qualsivoglia menzione dei medici, nel testo proposto, la platea di soggetti che potrebbero effettuare l'aiuto al suicidio senza incorrere in sanzione penale risulta del tutto indeterminata e, quindi, potenzialmente molto estesa, ponendosi fra l'altro in contrasto con il punto 5 della sent. n. 242 del 2019¹⁶⁰.

In definitiva, l'esame del disegno di Legge in parola desta perplessità, riguardanti prima di tutto la scelta dello strumento (la legge ordinaria): infatti, pur rimanendo fermi tutti i dubbi circa l'opportunità di

dei disegni di Legge nn. 65, 104, 124, 570, 1083 e 1408 - “Modifica all'articolo 580 del Codice penale e ulteriori disposizioni esecutive della sentenza n. 242 della Corte costituzionale del 22 novembre 2019”, 10 luglio 2025, dove si legge che “Il fondamentale problema della rete delle Cure palliative è proprio di essere stata finora sottofinanziata, risultando insufficienti le risorse umane, strutturali e organizzative. È molto improbabile che si avranno sensibili miglioramenti al riguardo senza un effettivo adeguamento del finanziamento, e quindi delle risorse umane (personale medico, infermieristico, di supporto psicologico, amministrativo, e altro) e strumentali indispensabili”.

¹⁵⁹ Questa la dichiarazione del Senatore Bazoli, così come riportata in ANSA, *Fine Vita: adottato il testo base, parte l'iter del disegno di legge in Commissione*, 2 luglio 2025.

¹⁶⁰ Ove si afferma “l'inerenza anche della materia considerata alla relazione tra medico e paziente”.

introdurre una disciplina legislativa della materia (dei quali si dirà subito di seguito), il concreto esplicarsi del dibattito, politico e parlamentare, richiama in tutta la sua attualità, in primo luogo sotto un profilo metodologico, le considerazioni di quella dottrina che ritiene necessaria, vista la delicatezza e l'indubbio “tono costituzionale” della materia, il ricorso allo strumento della legge costituzionale al fine, tra le altre cose, di non sottoporre questioni così delicate ad una eccessiva “politicizzazione”¹⁶¹.

Ma, come detto, più in generale i dubbi riguardano l’effettiva possibilità, tramite una disciplina legislativa del suicidio medicalmente assistito, del conseguimento dell’obiettivo rappresentato dalla garanzia di omogeneità di trattamento e, in definitiva, della certezza del diritto (non, si badi, di un diritto).

Difficilmente, infatti, certezza ed omogeneità potranno essere garantite, persistendo al contrario irriducibili margini di incertezza e di ambiguità, inerenti per esempio a che cosa possa essere effettivamente considerato quale trattamento di sostegno vitale, a quando una malattia possa essere qualificata come “irreversibile”, a quale sia il trattamento oltre il quale la sofferenza possa dirsi intollerabile. Giustamente, in questo senso, è stato sottolineato che “è illusorio [...] credere che una legge - statale o regionale che sia - la quale traduca in termini normativi i criteri individuati dalla sentenza della Corte assicuri uguaglianza, omogeneità, certezza, uniformità. La lamentata disparità di trattamento rispetto alle prestazioni di aiuto al suicidio effettuate ai sensi della giurisprudenza costituzionale e in assenza di legge è destinata fatalmente a permanere anche qualora quest’ultima vi fosse, perché i casi che si presenteranno saranno sempre unici e incomparabili, le interpretazioni variegate e i criteri della Corte, come si è visto, ampiamente interpretabili”¹⁶².

Peraltro, anche nell’ipotesi di approvazione di una siffatta disciplina, il testo presentato dall’attuale maggioranza dovrà necessariamente “fare i conti” con l’ultima, recentissima pronuncia della Corte costituzionale, la sent. n. 132 del 2025, la quale ci restituisce un quadro, se possibile, ancor più complesso. In quest’ultima occasione, infatti, la Corte si è pronunciata con riferimento ad un’ulteriore questione di legittimità costituzionale, sollevata dal Tribunale di Firenze¹⁶³ in relazione all’art. 579 c.p. (disciplinante la fattispecie di “omicidio del consenziente”).

Il Giudice fiorentino era stato adito da una donna affetta da sclerosi multipla a decorso progressivo primario in stadio avanzato, caratterizzato da una oramai pressocché totale tetraparesi spastica.

¹⁶¹ Cfr. A. RUGGERI, *Il caso Englano e il controllo contestato*, in www.astrid-online.it, n. 86/2009, ID., *Il testamento biologico e la cornice costituzionale (prime notazioni)*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2009, 1 ss., dove si legge che “Fatico, invero, a comprendere come possa mai ammettersi che questioni di tanta rilevanza, sì da riguardare le ragioni stesse del nostro vivere, ancora prima che questo o quel diritto fondamentale, si trovino in via esclusiva rimesse alla disciplina con Legge comune, vale a dire di un atto suscettibile di essere approvato a colpi di maggioranza, e non piuttosto, a prima battuta, di un atto per la cui formazione si rendano indispensabili i più larghi e condivisi consensi, al di fuori delle “logiche” di schieramento”.

¹⁶² Cfr. G. RAZZANO, *La Legge della Regione Toscana sul suicidio assistito*, cit., 578.

¹⁶³ Con ordinanza datata 30 aprile 2025, in un procedimento cautelare d’urgenza ex art. 700 c.p.c.

In capo alla paziente, a seguito dell'interpretazione estensiva di "trattamento di sostegno vitale" fornita dalla Consulta nella sent. n. 135 del 2024, della quale si è già detto, era già stata accertata la sussistenza di tutte le condizioni di accesso al suicidio medicalmente assistito. Tuttavia, le condizioni cliniche della donna rendevano l'autosomministrazione del farmaco volto a causare la morte impossibile, se non a fronte dell'impiego di macchinari azionabili con la voce o con movimenti della bocca o degli occhi, dei quali però veniva lamentata l'indisponibilità e l'irreperibilità sul mercato, cosicché si richiedeva la eterosomministrazione del farmaco per via endovenosa.

Conseguentemente, la paziente ha adito in via d'urgenza, ex art. 700 c.p.c., il Tribunale di Firenze, richiedendo che il proprio medico di fiducia fosse autorizzato, *inaudita altera parte*, ad attuare la sua volontà suicidaria, tramite infusione del farmaco letale.

A questo punto il Giudice ordinario, come detto, ha sollevato la questione di legittimità costituzionale, vertente sull'art. 579 c.p., "nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli articoli 1 e 2 della Legge 22 dicembre 2017, n. 219, attui materialmente la volontà suicidaria, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente, quando la stessa persona per impossibilità fisica e per l'assenza di strumentazione idonea, non possa materialmente procedervi in autonomia o quando comunque le modalità alternative di autosomministrazione disponibili non siano accettate dalla persona sulla base di una scelta motivata che non possa ritenersi irragionevole"¹⁶⁴.

La Consulta ha dichiarato inammissibile la questione, in quanto giudicata carente, dal punto di vista della motivazione, proprio con riferimento alla asserita indisponibilità di strumentazione idonea all'autosomministrazione farmacologica. Infatti, secondo il Giudice costituzionale, le verifiche sul punto "avrebbero richiesto il coinvolgimento di organismi specializzati operanti, col necessario grado di autorevolezza, a livello centrale, come, quanto meno, l'Istituto superiore di sanità, organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale"¹⁶⁵, mentre al contrario il Tribunale di Firenze si sarebbe fermato al piano dell'azione di un ente locale di committenza, non andando oltre la presa d'atto delle semplici ricerche di mercato di una struttura operativa del Servizio sanitario regionale"¹⁶⁶.

¹⁶⁴ Su tale questione di legittimità costituzionale, cfr. F. PIERGENTILI, A. RUGGERI, F. VARI, *Verso l'introduzione dell'eutanasia ope iudicis? (Note minime a margine di un'abnorme questione di legittimità costituzionale)*, in *Dirittifondamentali.it*, n. 2/2025, 36 ss.

¹⁶⁵ *Ibid.*

¹⁶⁶ Corte Cost. sent. n. 132 del 2025, punto 4.1 in dir.

Conseguentemente, la Corte si è pronunciato nel senso dell'inammissibilità della questione, affermando tra l'altro che tali carenze rappresenterebbero, altresì, una lesione dell'autodeterminazione della paziente, “la quale, ove tali dispositivi esistessero, e potessero essere reperiti in tempi ragionevolmente correlati al suo stato di sofferenza, avrebbe diritto ad avvalersene”¹⁶⁷.

Va osservato, tuttavia, in riferimento alla prospettazione del giudice *a quo*, che la Corte costituzionale, nella sent. n. 242 del 2019, non ha riconosciuto un diritto, ma unicamente una limitata area di non conformità costituzionale, individuando una serie di presupposti in presenza dei quali l'eventuale condotta del medico non è punibile. Pertanto, l'oggetto della questione di legittimità costituzionale sollevata dal rimettente si risolveva, in sostanza, in una richiesta di estensione surrettizia e per analogia della suddetta, limitata area di non conformità costituzionale anche all'art. 579 c.p. La corretta ricostruzione della fattispecie conduce a rilevare, oltretutto, che l'accertamento della effettiva sussistenza di tali presupposti sarebbe stata di competenza non tanto del Giudice cautelare *ex ante*, quanto del Giudice penale *ex post*¹⁶⁸.

In ogni caso, il profilo di maggiore interesse pare essere un altro, e cioè la circostanza per la quale, in maniera del tutto imprevedibile e paradossale, la Corte costituzionale, nella sent. n. 132 del 2025, afferma l'esistenza di un diritto.

Nella pronuncia, infatti, si legge che “Qualora da rinnovata e più estesa istruttoria emergesse la reperibilità, nei tempi ragionevoli sopra indicati, di strumenti di autosomministrazione della sostanza [...] il Servizio sanitario nazionale dovrà prontamente acquisirli e metterli a disposizione del paziente che sia stato ammesso alla procedura di suicidio medicalmente assistito”¹⁶⁹. Addirittura, la Consulta afferma che “la persona rispetto alla quale sia stata positivamente verificata, nelle dovute forme procedurali, la sussistenza di tutte le condizioni da questa Corte indicate nella sentenza n. 242 [...] ha una situazione soggettiva tutelata, quale consequenziale proiezione della sua libertà di autodeterminazione, e segnatamente ha diritto di essere accompagnata dal Servizio sanitario nazionale nella procedura di suicidio medicalmente assistito”¹⁷⁰.

¹⁶⁷ Cfr. Corte cost., sent. n. 132 del 2025, punto 4.2 in dir.

¹⁶⁸ A tale ultimo proposito, il Presidente del Consiglio dei Ministri, costituitosi in giudizio tramite l'Avvocatura generale dello Stato, eccepiva l'inammissibilità della questione di legittimità costituzionale, fra le altre cose in quanto l'Autorità giurisdizionale competente all'accertamento della rilevanza penale dell'eventuale condotta del medico sarebbe quella penale. Inoltre, l'ordinanza di rimessione sarebbe stata sollevata nel contesto di una *lis facta*, finalizzata unicamente alla promozione della questione di legittimità costituzionale, essendo in definitiva l'oggetto del giudizio principale e quello del giudizio incidentale del tutto coincidenti; d'altro canto la paziente, parimenti costituitasi in giudizio, sosteneva, al contrario, come il *petitum* dei due giudizi fosse differente, essendo quello in via principale vertente sull'accertamento di sussistenza di un diritto di autodeterminazione nella scelta di fine vita, che si tradurrebbe nella possibilità di ottenere l'etero somministrazione del farmaco, mentre quello in via incidentale avrebbe avuto come oggetto la legittimità costituzionale dell'art. 579 c.p.

¹⁶⁹ Corte cost., sent. n. 132 del 2025, punto 5 in dir.

¹⁷⁰ *Ibid.*

Tali affermazioni si pongono, per molteplici aspetti, in radicale contraddizione con quanto affermato dalla stessa Consulta in tutti i suoi precedenti:

Invero, mentre nella giurisprudenza pregressa, la Consulta si è sempre limitata ad individuare una limitata area di non punibilità con riferimento ad una fattispecie di reato, in questo caso il Giudice costituzionale sembra riconoscere un vero e proprio diritto. Una cosa, infatti, è accettare una limitata area di non conformità costituzionale, e dettare conseguentemente delle condizioni, al ricorrere delle quali l'eventuale condotta posta in essere dal medico, che integra pur sempre la fattispecie di cui all'art. 580 c.p., non è punibile. Altra cosa è quanto parrebbe emergere dalla sent. n. 132 del 2025 (avente, peraltro, formalmente ad oggetto l'art. 579 c.p.), per la quale, al ricorrere delle predette condizioni, sorge in capo al Servizio Sanitario nazionale (e, dunque, allo Stato) un preciso dovere di attivarsi al fine di realizzare le condizioni materiali necessarie per porre in essere il suicidio medicalmente assistito. Il bilanciamento con il diritto alla vita, precedentemente operato dalla stessa Corte, verrebbe del tutto meno, in quanto del tutto soccombente dinanzi ad una declinazione in chiave prettamente soggettiva della dignità dell'individuo, ricondotta e sostanzialmente coincidente con una valutazione vertente sulla percezione individuale della qualità della vita.

A nulla vale, inoltre, il richiamo al punto 5 della sentenza n. 242 del 2019, poiché è di tutta evidenza che la verifica delle “relative modalità di esecuzione” non equivale al dovere di attuazione del suicidio medicalmente assistito.

Sempre su quest'ultimo punto, l'affermazione della Corte pare confligente con il punto 6 della medesima sentenza n. 242 del 2019, dove si legge: “Quanto, infine, al tema dell'obiezione di coscienza del personale sanitario, vale osservare che la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici”¹⁷¹. Le recenti affermazioni, contenute fra l'altro in una sentenza di mera inammissibilità, cozzano quindi con un aspetto essenziale della sentenza n. 242 del 2019, ossia con il principio del “non obbligo” per i medici.

Ancora, sotto un ulteriore profilo, la Corte pare smentire il ruolo di assoluta centralità che essa stessa aveva assegnato alle cure palliative: nel momento in cui si riconosce, in capo allo Stato, il dovere di reperire, qualora disponibile, la strumentazione necessaria ad effettuare il suicidio medicalmente assistito, si pone inevitabilmente la questione inerente all'individuazione della voce di spesa sanitaria presso la quale allocare il relativo finanziamento. In altri termini, dopo aver stigmatizzato, nella sent. n. 66 del 2025, la carente e solo parziale implementazione della rete delle cure palliative¹⁷², la Corte sembra voler impegnare

¹⁷¹ Cfr. Corte cost., sent. n. 242 del 2019, punto 6 in dir.

¹⁷² Cfr. Corte cost., sent. n. 66 del 2025, punto 7.3 in dir., dove la Corte afferma che: “Va evidenziato che, a oggi, in Italia: a) non è garantito un accesso universale ed equo alle cure palliative nei vari contesti sanitari, sia domiciliari che

anche finanziariamente il SSN nella prestazione consistente nell'aiuto medico a morire, oltretutto in un momento storico di limitatezza di risorse.

In ultimo, il ragionamento della Corte, rispetto alle precedenti sentenze n. 135 del 2024 e (soprattutto) n. 66 del 2025, torna ad essere immerso in una coltre di astrattezza, essendo sparito ogni riferimento alla necessità di evitare abusi, alla pressione sociale indiretta, al rischio di configurazione di un vero e proprio “dovere di morire”.

La sent. n. 132 del 2025, in realtà, esprime un fortissimo messaggio politico al Parlamento, in contrasto, anche qui, con le sue stesse affermazioni¹⁷³ ed entra nel merito delle scelte operate dalla bozza di legge in materia di suicidio medicalmente assistito: la Consulta, neppure troppo tra le righe, fa capire come una disposizione quale l'art. 4 del citato testo di maggioranza non supererebbe il proprio vaglio di costituzionalità, irrompendo dunque nuovamente nella sfera di discrezionalità del Legislatore nazionale. Tuttavia, anche tenendo conto di quest'ultima sentenza, non pare tuttora che si possa identificare, nel nostro ordinamento, un diritto alla morte medicalmente assistita. Infatti, un simile “nuovo” diritto, che rappresenterebbe indubbiamente una deroga ad altri diritti inviolabili dell'individuo, *in primis* il diritto alla vita, nonché ai principi supremi del nostro ordinamento, non può essere introdotto da una pronuncia di inammissibilità, che, come tale, ha un carattere interlocutorio e rifiuta di entrare nel merito della questione di costituzionalità sollevata. Una tale pronuncia, soprattutto, non determina di per sé effetti giuridici idonei a modificare, abrogare o riformare le finalità del servizio sanitario nazionale, che resta orientato alla tutela della salute attraverso l'equo accesso alle prestazioni sanitarie, la prevenzione, la cura e la

ospedalieri; b) vi sono spesso lunghe liste di attesa (intollerabili in relazione a chi versa in situazioni di grave sofferenza); c) si sconta una mancanza di personale adeguatamente formato e una distribuzione territoriale dell'offerta troppo divaricata (in tal senso Comitato nazionale per la bioetica, parere “Cure Palliative”, approvato il 14 dicembre 2023); d) la stessa effettiva presa in carico da parte del servizio sociosanitario, per queste persone, è a volte insufficiente. Questa Corte, pertanto, non può che rinnovare, con decisione, lo «stringente appello» al legislatore (sentenza n. 135 del 2024, punto 10 in dir.) affinché dia corso a un adeguato sviluppo delle reti di cure palliative e di una effettiva presa in carico da parte del sistema sanitario e sociosanitario”

¹⁷³ Cfr. Corte cost., sent. n. 135 del 2024, punto 7.2 in dir., dove si legge che “Al riguardo, occorre qui sottolineare come compito di questa Corte non sia quello di sostituirsi al legislatore nella individuazione del punto di equilibrio in astratto più appropriato tra il diritto all'autodeterminazione di ciascun individuo sulla propria esistenza e le contrapposte istanze di tutela della vita umana, sua e dei terzi; bensì, soltanto, quello di fissare il limite minimo, costituzionalmente imposto alla luce del quadro legislativo oggetto di scrutinio, della tutela di ciascuno di questi principi, restando poi ferma la possibilità per il legislatore di individuare soluzioni che assicurino all'uno o all'altro una tutela più intensa”; poco dopo, la Corte afferma che “Nell'ambito della cornice fissata dalle pronunce menzionate, dovrà riconoscersi un significativo spazio alla discrezionalità del legislatore, al quale spetta primariamente il compito di offrire una tutela equilibrata a tutti i diritti di pazienti che versino in situazioni di intensa sofferenza. Il che esclude possa ravvisarsi, nella situazione normativa attuale, una violazione del loro diritto all'autodeterminazione”; inoltre, nel successivo punto 7.3 in dir., la Corte aggiunge che “Rispetto a tale nozione, non possono non valere le considerazioni già svolte, circa la sua necessaria sottoposizione a un bilanciamento a fronte del contrapposto dovere di tutela della vita umana; bilanciamento nell'operare il quale il legislatore deve poter disporre, ad avviso di questa Corte, di un significativo margine di apprezzamento”; da ultimo, nel punto 10 in dir., la Consulta ribadisce “l'auspicio, già formulato nell'ordinanza n. 207 del 2018 e nella sentenza n. 242 del 2019, che il legislatore e il servizio sanitario nazionale intervengano prontamente [...] ferma restando la possibilità per il legislatore di dettare una diversa disciplina, nel rispetto dei principi richiamati dalla presente pronuncia”.

riabilitazione¹⁷⁴ e che esclude prestazioni sanitarie volte a procurare intenzionalmente la morte dei pazienti.

Quella di fine vita e suicidio medicalmente assistito è, insomma, una vicenda ben lunghi dall'essere conclusa, che vedrà ancora ulteriori capitoli, innescati da prevedibili ulteriori richieste di liberalizzazione¹⁷⁵ da parte dei fautori del diritto di morire, i quali, come si è visto, hanno come obiettivo una generale ed illimitata apertura nei confronti non solo del suicidio assistito, ma di tutte le c.d. "forme eutanasiche"¹⁷⁶.

Sarebbe pertanto essenziale una maggiore consapevolezza, da parte di tutte le istituzioni, nessuna esclusa, del rischio che l'impostazione soggettivista del principio di dignità umana, e la conseguente espansione di un principio di autodeterminazione inteso in chiave libertaria e meramente individualista disgreghino progressivamente l'anima solidarista del costituzionalismo¹⁷⁷, in un processo di progressivo deterioramento costituzionale.

¹⁷⁴ Cfr. Legge 23 dicembre 1978, n. 833, art. 1, dove si legge che "Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'egualanza dei cittadini nei confronti del servizio". Nel successivo art. 2, poi, tra gli obiettivi verso il conseguimento dei quali deve essere rivolta l'azione della Repubblica, troviamo "2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro; 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosì quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata; 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica".

¹⁷⁵ Si noti, sul punto, come proprio in questi giorni l'Associazione Luca Coscioni ha annunciato l'avvenuto raggiungimento delle 50.000 firme previste per la presentazione di un disegno di legge di iniziativa popolare, "finalizzata a legalizzare tutte le scelte di fine vita, inclusa l'eutanasia".

¹⁷⁶ Cfr. G. RAZZANO, *Il diritto di morire come diritto umano? Brevi riflessioni sul potere di individuazione del best interest, sull'aiuto alla dignità di chi ha deciso di uccidersi e sulle discriminazioni nell'ottenere la morte*, in *Archivio Penale*, n. 3/2018, 1 ss., 16, dove si legge: "Una volta ammesso che, su richiesta, a motivo del vissuto di ogni individuo, si possa derogare al diritto alla vita e alla sua protezione, lo stesso motivo spinge ad estendere a tutte le condizioni vita, purché percepite come indegne dai diretti interessati (o anche dai soli giudici e dalle sole strutture ospedaliere pubbliche, come si è appunto visto nel caso di Alfie), la deroga in questione. Se il diritto alla vita è davvero un contenitore vuoto che permette interpretazioni per cui il diritto alla vita include quello di morire e se il principio di uguaglianza si limita ad identificare le mere differenze, non si vede perché non estendere tale possibilità di morire - tale diritto - a tutte le situazioni in cui la vita è percepita come difficile e indegna da parte dei diretti interessati. Si è certi, pertanto, che nell'Europa dei diritti umani sia possibile reinterpretare il principio di dignità fino a contrapporlo alle condizioni di talune vite umane, per legittimarne l'autoeliminazione o lo scarto?".

¹⁷⁷ In questo senso A. SPADARO, *I due volti del costituzionalismo*, cit., § 7; L. EUSEBI, *Autodeterminazione: profili etici e biogiuridici*, in *Scritti in onore di Franco Coppi*, II, Giappichelli, Torino, 2011, 961; A. RUGGERI, *Dignità versus vita*, cit., 5 ss.