L'IRCOCERVO
PRIMA RIVISTA ELETTRONICA ITALIANA DI METODOLOGIA GIURIDICA - TEORIA GENERALE DEL DIRITTO E DOTTRINA DELLO STATO
FIRST ITALIAN DIGITAL JOURNAL OF LEGAL METHODOLOGY - GENERAL THEORY OF LAW AND DOCTRINE OF THE STATE

Il suicidio assistito tra giurisdizione e legislazione. Con una proposta innovativa*

Paolo Becchi

Università degli Studi di Genova

Abstract: **Assisted Suicide in the Tension Between Courts and Legislators. A Novel Proposal**
This paper examines the Italian legal debate on assisted suicide, focusing on recent Constitutional Court rulings and their impact on Parliament's role. It highlights the tension between jurisdiction and legislation, the risks of medicalizing assisted suicide, and the limits of judicial activism. The author proposes an alternative approach: depenalizing assistance without imposing direct involvement on medical professionals.

Keywords: Assisted Suicide, Constitutional Court, Italian Legislation, Medical Ethics, Patient Autonomy.

Sommario: 1. Introduzione – 2. Le sentenze della Corte costituzionale sul suicidio medicalmente assistito – 3. La proposta del legislatore – 4. Una proposta alternativa.

1. Introduzione

Nel nostro Paese non esiste una normativa che consenta l'eutanasia, in senso giuridico per il nostro ordinamento l'"omicidio del consenziente" (art. 579 c. p.); mentre sul suicidio medicalmente assistito, in senso giuridico per il nostro ordinamento l'"istigazione o l'aiuto al suicidio" (art. 580 c.p.) alcune recenti sentenze della Corte costituzionale hanno aperto la strada ad una legge che dovrebbe, nel rispetto di alcune condizioni, consentirlo. La discussione è in corso.

Si sta, per certi versi, assistendo a quello che già si era verificato in precedenza sul tema del consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento: dopo le decisioni prese dai giudici su due casi che allora fecero molto discutere, Welby ed Englaro, il legislatore ha approvato una legge che altro non ha fatto che recepire, confermare e ampliare quanto deciso proprio in quei due casi[1]. Il

* Desidero ringraziare Alessandro Negroni per l'attenta revisione del testo e per i consigli sempre puntuali.

[1] Si tratta della legge n. 219 del 2017 riguardante il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento. Tra la già ampia letteratura si vedano in particolare V. Verduci (a cura di), *Il diritto sulla*

paziente oggi può, infatti, richiedere al medico non solo la sospensione di quei trattamenti come la nutrizione e l'idratazione artificiali, attraverso i quali viene tenuto in vita, ma persino la sedazione palliativa profonda e continua. Il legislatore però si è fermato qui, scrivendo con chiarezza nella legge che il paziente non può richiedere al medico niente di più, chiudendo così una porta sia al suicidio medicalmente assistito sia all'eutanasia.

Ora quella porta è stata aperta, al momento solo per quel che riguarda il suicidio assistito, addirittura dalla Corte costituzionale. E il legislatore viene così a trovarsi nella situazione di dover fare altrettanto. Insomma, come nel caso precedente, e qui a maggior ragione, considerata l'autorevolezza della Corte, il legislatore sembrerebbe "gentilmente spinto" a seguire la strada indicata dai giudici delle leggi. Non è detto che lo faccia, come risulta dal disegno di legge attualmente in discussione, e se ciò si verificherà assisteremo forse ad un film già visto con l'approvazione della legge sulla procreazione medicalmente assistita che presentava molti divieti e la Corte con diverse sentenze piano piano li ha in gran parte tolti.

In questo contributo mi propongo di analizzare tutti gli interventi della Corte e quello che sta succedendo in seguito ad essi. La situazione legislativa è peraltro in movimento e quindi non sappiamo come andrà a finire. La domanda però che intendo porre e se sia necessario che il Parlamento segua in tutto e per tutto le indicazioni della Corte e che valga invece la pena non farlo, anche esponendosi al rischio di un suo successivo intervento. La giurisdizione (e la giustizia costituzionale è giurisdizione) è una cosa, la legislazione un'altra[2]. Concluderò con una proposta innovativa.

2. Le sentenze della Corte costituzionale sul suicidio medicalmente assistito

Il caso da cui prende avvio la discussione è quello di un paziente rimasto tetraplegico e cieco in modo permanente in seguito a un incidente stradale nel 2014. Dj Fabo (così è diventato noto al pubblico Fabio Antoniani) si è sottoposto a una procedura di suicidio assistito in una clinica svizzera della Associazione "Dignitas", non lontano da Zurigo, dove è stato accompagnato in auto (oltre che dalla madre e dalla fidanzata) da Marco Cappato, prima segretario e ora tesoriere

vita. Testamento biologico, autodeterminazione e dignità della persona, Pacini, Pisa, 2018 e M. Mainardi (a cura di), *Testamento biologico e consenso informato*. *Legge 22 dicembre 2017, n. 219*, Giappichelli, Torino, 2018. Su Welby ed Englaro cfr. P. Becchi, *La giustizia tra la vita e la morte. Welby, Englaro e il testamento biologico*, Giappichelli, Torino, 2012.

[2] Resta qui aperta la questione se non sarebbe prima o poi il caso di affrontare attraverso una prudente revisione costituzionale tutte le questioni "bioetiche" attuali. Problemi di inizio e di fine vita sono problemi che la Carta non poteva affrontare perché non si erano ancora presentati e per questo anche gli attuali interventi della Corte, oltre ad invadere sempre più il campo proprio del legislatore, appaiono piuttosto manipolatori del testo costituzionale. Su questo ha richiamato l'attenzione A. Ruggeri, "Fine vita. (Problemi e prospettive)", in *Consulta online*, (2023), n. I, pp. 114-136.

dell'Associazione Luca Coscioni. Lì Antoniani è morto il 27 febbraio 2017. In precedenza, il paziente aveva lanciato diversi appelli alla politica per poter essere aiutato a morire in Italia, ma senza esito.

Antoniani non aveva accettato la soluzione, che gli era stata prospettata, dell'interruzione della ventilazione assistita, con contestuale sottoposizione a sedazione profonda, in quanto non gli avrebbe garantito una morte rapida: nelle sue condizioni (di non totale dipendenza dalla ventilazione assistita) l'agonia si sarebbe potuta protrarre per diversi giorni e ciò gli sembrava una fine non dignitosa e fonte di inutili sofferenze emotive anche per i propri cari. Antoniani, insomma, voleva essere aiutato a suicidarsi e non semplicemente interrompere i trattamenti sanitari di sostegno vitale con contestuale sedazione profonda, come era avvenuto nel caso di Welby e come ora è ammesso dalla legge n. 219 del 2017.

Da qui la decisione di recarsi in Svizzera, con un'auto appositamente predisposta e guidata da Cappato, per essere aiutato a morire. Nella clinica, dopo le necessarie procedure, Antoniani ha azionato con un morso uno stantuffo al fine di attivare l'immissione nel suo corpo di un farmaco letale. Al rientro in Italia Cappato si è autodenunciato e il processo che lo ha visto imputato per la violazione dell'art. 580 del Codice penale nel suicidio di Antoniani ha determinato il duplice intervento della Corte costituzionale[3] e la conseguente assoluzione di Cappato da parte della Corte d'Assise di Milano, perché il fatto non sussiste[4].

La Corte d'Assise (con ordinanza del 14 febbraio 2018) ha sollevato questione di legittimità costituzionale dell'articolo 580 del Codice penale nella parte in cui incrimina l'aiuto al suicidio, anche quando tale aiuto non contribuisca a determinare o rafforzare il proposito della vittima e nella parte in cui punisce l'aiuto al suicidio (non rafforzativo del proposito del suicida) con la stessa pena prevista per l'istigazione al suicidio (da ritenersi nettamente più grave dell'aiuto al suicidio). Il quesito era molto circostanziato, ma la Corte non si è limitata a questo, affrontando integralmente il tema del suicidio assistito, per così dire in due tempi e poi con i supplementari.

[3] In dottrina, sulle decisioni della Corte costituzionale relative al caso Dj Fabo, cfr. almeno S. Canestrari, "Una sentenza inevitabilmente infelice: la riforma dell'art. 580 c.p. da parte della Corte costituzionale", in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, (2019), n. 4, pp. 2159-2179; C. Tripodina, "Diritti alla fine della vita e costituzione", in *BioLaw Journal*, (2019), n. 2, pp. 405-418; G. Ferrando, "Il suicidio assistito di dj Fabo. L'autodeterminazione terapeutica dai principi alle regole", in *Politica del diritto*, (2020), n. 1, pp. 15-39; P. Veronesi, "La Corte costituzionale affina, frena e rilancia: dubbi e conferme nella sentenza sul caso Cappato", in *BioLaw Journal*, (2020), n. 1, pp. 5-26; M. D'Amico, "Il fine vita davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019)", in *Osservatorio costituzionale*, (2020), n. 1, pp. 286-302; V. Pugliese, "Corte costituzionale, sent. 242/2019: l'incostituzionalità in parte qua dell'art. 580 c.p. e l'attenzione alla fragilità dei pazienti più deboli e vulnerabili", in *La Giustizia Penale*, 11 (2020), n. 1, pp. 302-315; A. Vallini, "Il caso Cappato: la Consulta autorizza e disciplina il suicidio assistito", in *Giurisprudenza italiana*, (2020), n. 5, pp. 1198-1205; G. D'Alessandro, O. Di Giovine (a cura di), *La Corte costituzionale e il fine vita*, Giappichelli, Torino, 2020.

[4] Corte d'Assise di Milano, sentenza 30 gennaio 2020, (ud. 23 dicembre 2019), sentenza n. 8.

La prima pronuncia, l'ordinanza n. 207/2018, sospende il giudizio *a quo* e rinvia a una successiva udienza pubblica la questione lasciando al Parlamento la possibilità di intervenire in materia, ma già mettendo in rilievo il punto critico del Codice penale sul quale il legislatore sarebbe dovuto intervenire.

Per la Corte non è possibile rendere in generale penalmente irrilevante l'aiuto al suicidio, e ciò anche nel caso in cui tale aiuto non abbia minimamente influito sulla decisione della vittima di suicidarsi, e questo perché lo Stato ha il dovere di tutelare e proteggere la vita come "primo dei diritti inviolabili dell'uomo". E dal diritto alla vita – per la Corte – non può "derivare il diritto a rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire"[5]. Pertanto, un diritto, in senso forte[6], al suicidio medicalmente assistito non c'è.

Per questa ragione l'incriminazione dell'aiuto al suicidio prevista dall'art. 580 c.p. non può di per sé essere ritenuta incompatibile con la Costituzione, ma la Corte prende in considerazione situazioni come quella oggetto del giudizio *a quo* e in particolare la specifica ipotesi in cui il soggetto agevolato si identifichi in una persona (a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli, osservando come si tratti di "ipotesi nelle quali l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare in base all'art. 32, secondo comma, Cost."[7].

La Corte prende le mosse dall'esistenza di quel diritto a rifiutare trattamenti sanitari di sostegno vitale riconosciuto dal nostro ordinamento con la legge n. 219/2017, quella legge però non consente al medico di mettere a disposizione di pazienti che versino nelle condizioni descritte trattamenti finalizzati a determinarne la morte. L'esistenza di quel diritto consente però alla Corte di affermare che allora non si vede per quale ragione il valore della vita dovrebbe costituire un ostacolo insormontabile alla richiesta di un malato di essere aiutato a morire. Il discorso della Corte ruota sull'analogia tra il rifiuto di cure, già ammesso per legge, e l'aiuto a morire.

È pur vero che il legislatore ha anche ammesso la sedazione palliativa profonda, ma al contempo ha anche negato qualsiasi passo ulteriore, per salvaguardare l'etica professionale del medico. La Corte invece apre ad un decisivo coinvolgimento proprio del medico, unico soggetto autorizzato ad aiutare il

[5] Corte cost., ord. 207/2018, *Considerato in diritto*, 5.

[6] Sulla distinzione tra "diritto forte" e "diritto debole" non posso qui che rinviare al mio libro P. Becchi, *Licenza di morire*, Giappichelli, Torino, 2025, pp. 24-26 (in particolare). In questo libro vengono analizzate anche le sentenze della Corte ad esclusione, ovviamente, di quelle uscite dopo. Ho qui ripreso e sviluppato alcuni aspetti.

[7] Corte cost., ord. 207/2018, *Considerato in diritto*, 8.

paziente a morire. La Corte, tuttavia, esclude la possibilità di una semplice abrogazione della disposizione oggetto di giudizio al fine di non lasciare "del tutto priva di disciplina legale la prestazione di aiuto materiale ai pazienti in tali condizioni, in un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale", stante che in assenza di una specifica disciplina della materia "qualsiasi soggetto – anche non esercente una professione sanitaria – potrebbe lecitamente offrire, a casa propria o a domicilio, per spirito filantropico o a pagamento, assistenza al suicidio a pazienti che lo desiderino, senza alcun controllo *ex ante* sull'effettiva sussistenza, ad esempio, della loro capacità di autodeterminarsi, del carattere libero e informato della scelta da essi espressa e dell'irreversibilità della patologia da cui sono affetti"[8].

Con tali affermazioni la Corte voleva mettere in evidenza il carattere problematico di uno scenario in cui non fosse disciplinata in qualche modo la prestazione di aiuto al suicidio, ma non spiega perché sarebbe da ritenere incostituzionale se, nel rispetto delle stesse condizioni da essa stabilite, non fosse necessariamente un medico a prestare l'aiuto al suicidio. La Corte, insomma, opta per un "processo medicalizzato" della fine della vita, arrivando anche a prospettare "l'eventuale riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al Servizio sanitario nazionale"[9], compiendo un passo estremamente rischioso, poiché attribuisce al medico un ruolo che mette in discussione il valore intrinseco della sua professione[10]. Come è noto, la Svizzera ad esempio segue un modo di operare diverso. Il suicidio assistito, "in assenza di motivi egoistici", è ammesso, ma senza passare attraverso il sistema sanitario pubblico. Certo, anche il modello svizzero, che fa ricorso ad associazioni private che si occupano di assistere i malati che chiedono di essere aiutati a morire, ha i suoi problemi, ed è difficile pensare di poterlo adattare alla nostra realtà, ma qui interessa solo sottolineare che non è necessario passare per forza attraverso l'intervento esclusivo del medico per soddisfare il bisogno di un malato affetto da una malattia irreversibile[11].

La Corte comunque indicava una strada al Parlamento, senza peraltro volersi ad esso sostituire. Visto però che il legislatore non interveniva lo ha poi fatto con la sentenza n. 242/ 2019 con la quale viene dichiarato incostituzionale l'art. 580 c.p. nella parte in cui non esclude, in determinate circostanze e a certe condizioni, la punibilità del medico che agevoli il proposito suicidario[12]. Nulla di nuovo sotto il

[8] Corte cost., ord. 207/2018, *Considerato in diritto*, 10.
[9] Corte cost., ord. 207/2018, *Considerato in diritto*, 10.
[10] Cfr. A. Da Re, "La falsa analogia tra rifiuto-rinuncia alle cure e suicidio medicalmente assistito. Riflessioni bioetiche sull'ordinanza della Corte costituzionale n. 207/2018", in *Medicina e morale*, 68 (2019), n. 3, pp. 281-295. Di parere opposto, M. Mori, "Il decisivo passo compiuto dalla sentenza n. 242/19 della Corte costituzionale sul suicidio medicalmente assistito per lo smantellamento dell'ippocratismo", in *Notizie di Politeia*, XXXVI (2020), n. 140, pp. 34-43.
[11] Per una breve illustrazione di questo modello cfr., P. Becchi, *Licenza di morire*, cit., pp. 147-150, e la bibliografia ivi citata.
[12] "L'art. 580 cod. pen. deve essere dichiarato, dunque, costituzionalmente illegittimo, per violazione degli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017 – ovvero, quanto ai fatti anteriori alla

profilo argomentativo aggiunge la Corte, vengono ribadite le condizioni e la procedura medicalizzata già indicate nell'ordinanza precedente. Il riferimento è in particolare alla legge n. 219 del 2017: se il medico può praticare al paziente la sedazione profonda e continua non si vede perché non possa anche aiutare il paziente a suicidarsi.

Il percorso è dunque delineato, ma resta aperto un problema, anzi il problema decisivo, che la Corte dà invece per risolto. Per il medico un conto è aiutare il paziente nel morire giungendo sino al punto estremo di praticare la sedazione profonda e continua, altro conto quello di aiutare il paziente a morire assistendo al suo suicidio[13]. Si tratta di due azioni che implicano un diverso coinvolgimento del medico: non si può dire che se è ammessa la sedazione palliativa continua allora deve anche essere ammesso il suicidio medicalmente assistito[14], questo ragionamento può valere dal punto di vista del paziente, ma diventa problematico se ci si pone dal punto di vista del medico e della sua etica professionale.

L'argomento della Corte è scivoloso perché portandolo alle estreme conseguenze si potrebbe giungere alla conclusione che se è ammesso il suicidio medicalmente assistito allora non si vede perché non possa essere anche ammesso l'intervento diretto e attivo da parte del medico che uccide il paziente su sua richiesta con una iniezione letale, nel caso in cui si trovi impossibilitato a darsi la morte da solo.

La legge n. 219/2017 aveva voluto porre un limite molto chiaro all'attività del medico, ora la Corte dice che proprio sulla base di questa legge quel limite può

pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi dianzi indicati –, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente" (Corte cost., sentenza n. 242/2019, *Considerato in diritto*, 8).

[13] È opportuno segnalare che la FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici), con il Documento del Comitato Centrale del 6 dicembre 2019, aveva ribadito che il medico "non può essere chiamato a causare la morte del paziente", sebbene sia tenuto ad "alleviarne le sofferenze", riaffermando i limiti del Codice Deontologico (art. 17). Va peraltro anche detto che dopo la sentenza della Corte l'Ordine dei Medici ha finito con l'adeguarsi ad essa, modificando il proprio Codice Deontologico.

[14] Cass., Sez. I pen., 6 febbraio 1997, n. 3147: tra le prime a rimarcare la distinzione tra rifiuto delle cure, istigazione al suicidio e omicidio del consenziente, chiarendo la sussistenza o meno della responsabilità penale nelle diverse situazioni. Cfr., in dottrina, A. Massaro, "L'omicidio del consenziente e l'istigazione o aiuto al suicidio. La rilevanza penale delle pratiche di fine vita", in *Giurisprudenza penale web*, (2018), n. 10, pp.1-25. Sempre in tema, a commento di Cass., Sez. I civ., 16 ottobre 2007, n. 21748 cfr. C. Casonato, "Consenso e rifiuto delle cure in una recente sentenza della Cassazione", in *Quaderni costituzionali*, (2008), n. 3, pp. 545-576. Cfr., inoltre, tra la letteratura più recente F. Vari, "Ancora in tema di assistenza al suicidio ed eutanasia", in *Consulta online*, 9 maggio 2025, pp. 516-530 e M.I. Boantà, *La morte «volontaria». Profili penalistici, storici e filosofici in materia di eutanasia*, Il Cerchio, Rimini, 2025.

essere oltrepassato. Per la verità in questo modo la Corte si intromette di fatto nell'attività del legislatore, spingendolo ad andare oltre i limiti che si era posto e che evidentemente non intendeva oltrepassare. Non ha in questo modo già oltrepassato le sue competenze?

Ma vi è di più. La Corte costituzionale non si limita a indicare le condizioni dell'aspirante suicida e le modalità di esecuzione del suicidio assistito, ma precisa che tali condizioni e tali modalità debbano essere verificate da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale, previo parere del Comitato etico territorialmente competente; il coinvolgimento di dette strutture pubbliche e dei Comitati etici parrebbe rappresentare, nell'intenzione della Corte, una forma di garanzia a tutela dei diritti dei pazienti, e in particolare di quelli in condizioni di maggiore vulnerabilità, in questo modo però il suicidio assistito diventerà una prassi routinaria presente nei nostri ospedali e i medici (fatta salva eventualmente l'obiezione di coscienza) oltre a cercare di guarire i loro pazienti si dovranno occupare anche della loro morte, in reparti ospedalieri appositi. Insomma, il suicidio assistito diventa una componente della relazione medico-paziente e la procedura di accertamento e di esecuzione viene affidata in modo esclusivo alle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale[15]. Così si esprime la Corte al riguardo:

> La verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio deve restare peraltro affidata – in attesa della declinazione che potrà darne il legislatore – a strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale. A queste ultime spetterà altresì verificare le relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze. La delicatezza del valore in gioco richiede, inoltre, l'intervento di un organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità. Nelle more dell'intervento del legislatore, tale compito è affidato ai comitati etici territorialmente competenti[16].

[15] La medicalizzazione della morte è stata anche oggetto di attenzione da parte del Comitato Nazionale per la Bioetica, che nel documento del 18 luglio 2019 (peraltro il Comitato ha visto emergere al suo interno diverse posizioni) ha espresso qualche perplessità rispetto a un coinvolgimento diretto del medico nel suicidio assistito, evidenziando il rischio di trasformare il ruolo del medico da "cura" a "controllo della morte e comunque sottolineando che non c'è ragione per escludere in linea di principio che altri soggetti possano aiutare il paziente a morire". Il parere è reperibile al seguente indirizzo on line https://bioetica.governo.it/media/3785/p135_2019_parere-suicidio-medicalmente-assistito.pdf.

[16] Corte cost., sentenza n. 242/2019, *Considerato in diritto*, 5. Riguardo ai comitati etici la Corte costituzionale ricorda: "Tali comitati – quali organismi di consultazione e di riferimento per i problemi di natura etica che possano presentarsi nella pratica sanitaria – sono, infatti, investiti di funzioni consultive intese a garantire la tutela dei diritti e dei valori della persona in confronto alle sperimentazioni cliniche di medicinali o, amplius, all'uso di questi ultimi e dei dispositivi medici (art. 12, comma 10, lettera c, del d.l. n. 158 del 2012; art. 1 del decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013, recante «Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici»): funzioni che involgono specificamente la salvaguardia di soggetti vulnerabili e che si estendono anche al cosiddetto

La Corte parrebbe non escludere che il legislatore possa decidere di avvalersi di altre modalità da quelle indicate, ma in attesa di un suo intervento non solo consente in presenza di alcune condizioni la pratica del suicidio assistito, ma ne affida il monopolio al Servizio sanitario nazionale che si trova quindi obbligato a erogare anche questo servizio[17].

Dopo questa decisione cadeva il capo di imputazione di aiuto al suicidio per Cappato, ma alcuni problemi restavano aperti. In dottrina non si è mancato di osservare come i requisiti posti dalla Corte costituzionale, come condizioni per la non punibilità dell'aiuto al suicidio, presentino aspetti problematici, per esempio: tra tali requisiti vi è che il malato sia tenuto in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, senza considerare che ci sono malati terminali che non hanno bisogno di tali trattamenti[18]. Anzi è stato osservato come le ipotesi principali di cui si discute non riguardino richieste di aiuto al suicidio da parte di malati sottoposti a trattamenti di sostegno vitale e che al contempo rifiutino la sedazione profonda continua[19]. Inoltre, il riferimento all'intervento dei comitati etici territorialmente competenti (ammesso che tali comitati siano effettivamente attivi sull'intero territorio nazionale)[20] potrebbe trasformare la procedura in qualcosa di burocratico, troppo lungo e macchinoso per malati terminali che stanno soffrendo[21].

Sono tutte obiezioni pertinenti e su una di queste è intervenuta la Corte con una terza sentenza che riguarda in modo specifico il problema dei trattamenti di

uso compassionevole di medicinali nei confronti di pazienti affetti da patologie per le quali non siano disponibili valide alternative terapeutiche (artt. 1 e 4 del decreto del Ministro della salute 7 settembre 2017, recante «Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica»)" (Corte cost., sentenza n. 242/2019, *Considerato in diritto*, 5).

[17] Poiché Fabio Antoniani è morto seguendo una procedura diversa da quella indicata dalla Corte la sentenza non poteva che ammettere anche altri requisiti che vengono lasciati alla libera valutazione del caso concreto da parte del giudice. Ma ciò riguarda i fatti anteriori ad essa, per il futuro vale invece quanto previsto da quella sentenza, a meno che il legislatore non decida diversamente. Corte cost., sentenza n. 242/2019, *Considerato in diritto*, 7.

[18] In tal senso G. Ferrando, *op. cit.*, p. 24. Più recentemente, e da un punto di vista diverso, cfr. F. Piergentili, "Costituzione e suicidio assistito. A proposito della verifica del rispetto del presupposto del trattamento di sostegno vitale indicato nella sent. n. 242 del 2019 della Consulta", in *Consulta OnLine*, (2024), n. I, pp. 294-304.

[19] Lo osserva S. Canestrari, *op. cit.*, p. 2166 e p. 2175, per il quale il caso Dj Fabo "non è un caso paradigmatico di suicidio medicalmente assistito. Le persone malate che richiedono l'assistenza medica al suicidio pongono l'accento, in prevalenza, sulle tremende sofferenze di una vita che ritengono non più sopportabile. In questo caso, invece, la persona afflitta da una malattia gravissima e irreversibile ha richiesto l'aiuto al suicidio per evitare una morte nel sonno, senza dolore e in assenza di coscienza, ma ritenuta non accettabile".

[20] Il Consiglio di Stato (sez. III, sent. 15 luglio 2021, n. 5488) ha affermato che le Regioni devono garantire la piena operatività dei Comitati etici territoriali come previsto dalla normativa nazionale.

[21] Così M. D'Amico, *op. cit.*, pp. 298-299. Non sorprende che a causa dei ritardi dovuti a tale procedura continuino in Svizzera i viaggi di pazienti che corrispondono ai criteri stabiliti dalla Corte per accedere al suicidio medicalmente assistito e non sono disposti ad aspettare troppo tempo per vedere esaudito il loro desiderio di morire.

sostegno vitale. La questione era stata sollevata dal Giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Firenze e riguardava il caso di un paziente affetto da sclerosi multipla che visto il peggioramento della sua malattia aveva manifestato la sua intenzione di essere aiutato a morire (e l'aveva poi anche realizzata in Svizzera presso una struttura della "Dignitas")[22]. A parere del remittente il caso non poteva essere risolto, come previsto dalla sentenza n. 242 del 2019, perché l'aspirante suicida non rispettava una delle quattro condizioni previste dalla Corte per ammettere il suicidio assistito. Da qui la richiesta di un nuovo intervento della Corte, per la verità abbastanza anomalo dal momento che non riguarda una disposizione di legge ma una sua stessa pronuncia. Nelle intenzioni del giudice *a quo* la nuova pronuncia avrebbe dovuto estendere l'area delle condotte di aiuto al suicidio non punibili anche a pazienti che non hanno bisogno di un trattamento di sostegno vitale, onde evitare una irragionevole disparità di trattamento.

La sentenza n. 135 del 2024 è una sentenza interpretativa di rigetto: la Corte, infatti, non ritiene fondata la questione di legittimità sollevata, non accetta cioè l'idea che la presenza del criterio dei trattamenti di sostegno vitale per consentire il suicidio assistito possa creare una disparità di trattamento rispetto ad altri pazienti che versino in situazioni di sofferenza intollerabili. Non vi sarebbe discriminazione poiché nelle sue decisioni precedenti non avrebbe dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 580 del Codice penale, riconoscendo "un generale diritto di determinare la propria vita"[23], ma si sarebbe limitata ad estendere quanto già riconosciuto dalla legge n. 219 del 2017, depenalizzando a certe condizioni l'aiuto al suicidio. La Corte è consapevole del fatto che in questo modo viene limitata l'autonomia del paziente, ma non ritiene di seguire altre Corti non solo europee[24] sino al punto di ammettere l'esistenza di un vero e proprio diritto a disporre della propria vita con l'aiuto di terzi.

Non vi sarebbe dunque discriminazione perché la Corte si sarebbe limitata ad offrire, a pazienti sottoposti a presidi di sostegno vitale che vogliono morire, la possibilità non solo della sedazione profonda e continua, ma anche un decorso più breve dato dalla procedura del suicidio medicalmente assistito. L'obiezione, quindi, viene respinta e difficilmente poteva essere accolta perché se la Corte lo avesse fatto avrebbe palesemente sconfessato una sua pronuncia precedente. Tuttavia, la Corte consapevole del fatto che vi sono molti pazienti che a causa di una dolorosa malattia irreversibile vogliono morire, pur non essendo sottoposti a quelli che di solito

[22] Prima della sentenza della Corte costituzionale, in dottrina vi erano state voci critiche sulla questione di costituzionalità sollevata. Cfr. 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 *Diritti fondamentali.it*, (2024), n.1, pp. 219-239.

[23] Corte cost., sentenza n. 135 del 2024, *Considerato in diritto*, 7.

[24] Cfr. Corte EDU, Pretty c. Regno Unito, sent. 29 aprile 2002, ric. n. 2346/02. Qui viene riconosciuto che il diritto al rispetto della vita privata include anche la libertà di decidere come e quando morire in "forma passiva" (v., *amplius* al riguardo, U. Adamo, "Il fine vita nella giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali", in *La cittadinanza europea*, (2018), n. 2, pp. 177-206).

vengono chiamati trattamenti di sostegno vitale, ne dà una definizione molto più ampia di quella tradizionale.

Trattamenti di sostegno vitale non sarebbero soltanto ventilazione, idratazione e nutrizione artificiali, ossia quei trattamenti che sostituiscono completamente con l'uso di macchine funzioni vitali dell'organismo, ma tutta una serie di altre pratiche mediche come, ad esempio, l'evacuazione manuale dell'intestino del paziente, l'inserimento di cateteri urinari, l'aspirazione del muco dalle vie bronchiali. La Corte nomina esplicitamente queste pratiche ma non è detto che siano le uniche. L'elencazione è infatti meramente esemplificativa[25].

La novità di questa sentenza sta proprio in questa interpretazione estensiva della nozione di trattamento di sostegno vitale, che consente alla Corte di aggirare il problema sollevato dal remittente, senza dover rettificare l'impianto delle sentenze precedenti[26].

La necessità della condizione del trattamento di sostegno resta, dunque, tra quelle indicate per poter accedere alla pratica del suicidio medicalmente assistito, ma alla fine saranno il Servizio sanitario nazionale e i giudici a stabilire nel caso concreto se le condizioni del paziente soddisfino o meno quel criterio[27].

E così giungiamo al cuore del problema. Sulla base delle indicazioni del Servizio sanitario nazionale, previa consultazione del Comitato etico territoriale, e con l'eventuale intervento di un giudice, si deciderà cosa fare di un paziente che vuol farsi aiutare a morire. La dipendenza dai sostegni vitali non deve tuttavia più essere intesa in senso restrittivo[28]. Beninteso, come previsto dalla sentenza precedente, al medico resta la possibilità dell'obiezione di coscienza, dal momento

[25] In dottrina si è osservato come l'ampia interpretazione data dalla Corte possa produrre una sostanziale estensione della platea dei beneficiari del suicidio assistito con il rischio di una scivolosa assimilazione tra sofferenza e disabilità, 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 *Consulta online*, (2024), n. II, 10 giugno 2024, pp. 693-726.

[26] Oltre che nella sentenza n.135 del 2024, la Corte costituzionale ha affrontato il tema dei trattamenti di sostegno vitale anche nella sentenza n. 66 del 2025. Questa sentenza è in linea con quella precedente, e quindi conferma il criterio della necessità di un paziente di essere sottoposto a trattamento di sostegno vitale per poter consentire il suicidio medicalmente assistito, ma aggiunge una importante precisazione: "nella misura in cui sussista una indicazione medica di necessità dell'attivazione di un trattamento di sostegno vitale – nel senso precisato dalla sentenza n. 135 del 2024, al punto 8 del *Considerato in diritto* –, il paziente può rifiutarlo e accedere al suicidio assistito, ovviamente laddove sussistano tutti gli altri requisiti sostanziali e procedurali indicati dalla sentenza n. 242 del 2019" (*Considerato in diritto*, 5.2).

[27] Corte cost., sentenza n. 135/2024, *Considerato in diritto*, 8. La soluzione della Corte potrà essere tecnicamente ineccepibile, ma finisce per attribuire alla discrezionalità del giudice che cosa sia in un caso concreto un trattamento di sostegno vitale.

[28] Una donna di 54 anni, paralizzata a seguito di una sclerosi multipla progressiva, ha ottenuto la possibilità di accedere al suicidio medicalmente assistito. Questo grazie alla decisione della USL Toscana Nord Ovest, che ha modificato una precedente posizione negativa, tenendo conto proprio di questa sentenza della Corte.

che la Corte 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[29].

Nei termini in cui la tutela dell'obiezione di coscienza è posta (non crea alcun obbligo per il medico) potrebbe peraltro finire con il limitare l'esercizio del riconosciuto diritto del paziente in certe condizioni a morire assistito da un medico. Ma non è su questo che vale la pena insistere. Il punto decisivo è un altro. Il paziente ha certo dato il suo consenso iniziale, ma tutte le operazioni successive sono gestite da altri attraverso una procedura medicalizzata e burocratizzata sulla quale lui non ha più il controllo.

Riconosciuto che per l'aiuto al suicidio prestato a una persona nelle condizioni di Antoniani non è costituzionalmente giustificata la repressione penale, la Corte ha avvertito la necessità di delineare in modo preciso (in una materia così delicata) i confini di un aiuto al suicidio non punibile e per farlo si è riferita alla legge sul consenso informato, in quanto tale legge disciplina una fattispecie, quella dell'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale, che la Corte ha ritenuto estendibile all'aiuto al suicidio prestato ad Antoniani.

Una volta assunta come riferimento quella che è anzitutto una legge sul consenso informato ai trattamenti sanitari nell'ambito della relazione tra medico e paziente, la procedura da osservarsi per una prestazione di aiuto al suicidio non punibile non poteva che configurarsi come una procedura medicalizzata (che individua nel medico l'unico soggetto autorizzato a prestare l'aiuto al suicidio). Tale procedura medicalizzata appare agli occhi dei giudici costituzionali come la procedura "naturale" e coerente con l'ordinamento giuridico per un aiuto al suicidio (non punibile) del paziente: i medici sono i protagonisti indiscussi delle argomentazioni e delle considerazioni svolte nelle pronunce in argomento e segnatamente dell'aiuto al suicidio per come concepito e delineato dalla Corte costituzionale. E anzi per la Corte la verifica delle condizioni e delle modalità di esecuzione che rendono legittimo l'aiuto al suicidio non può neppure essere affidata a strutture sanitarie qualsiasi (e quindi a medici qualsiasi), ma solo a strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale (e quindi a medici dell'Amministrazione sanitaria pubblica): cosa che inoltre esclude che l'aiuto al suicidio possa essere prestato da personale non medico.

Il "dare la morte" è qualcosa che dovrebbe rimanere lontano dalla professione medica, una professione votata alla cura, alla vita e se possibile alla guarigione del paziente. Dovrebbero essere piuttosto i familiari, e più in generale le persone care e gli amici del paziente, a rispondere all'appello del loro caro sofferente e farsi carico della legittima richiesta di aiuto al suicidio che può provenire dal malato che ora dice "basta!" e per porre fine alla sua vita ha bisogno di essere aiutato. Affidare ai medici la prestazione di aiuto al suicidio finirebbe a poco a poco per aprire la strada anche all'eutanasia e al loro diretto coinvolgimento in essa. Per quanto riguarda i compiti del medico sarebbe meglio limitarsi a quanto

[29] Corte cost., sentenza n. 242/2019, *Considerato in diritto*, 6.

stabilito dalla legge n. 219/2017. Questo voleva il legislatore e non deve essere costretto dalla Corte a modificare la sua volontà.

L'estensione dei compiti del medico al di là della sedazione palliativa profonda e continua come prevista dalla Corte apre una porta che il legislatore aveva voluto tenere chiusa. E la nuova proposta di legge – come vedremo nel prossimo paragrafo – non va nella direzione di modificare quella volontà. Tutto ciò non significa che il medico possa essere completamente escluso dal suicidio assistito, quello che qui si contesta è che l'intera procedura sia medicalizzata, come invece prevede la Corte.

La Corte si è per così dire "inventata" una procedura che si dovrebbe seguire per realizzare il suicidio medicalmente assistito, tanto che sembrerebbe quasi neppure necessario l'intervento del legislatore, e allora per evitare questa impressione aggiunge un'ultima considerazione con la quale ammette, anzi auspica, che il legislatore intervenga disciplinando eventualmente anche in maniera diversa la materia: "Questa Corte non può fare a meno, peraltro, di ribadire con vigore l'auspicio che la materia formi oggetto di sollecita e compiuta disciplina da parte del legislatore, conformemente ai principi precedentemente enunciati"[30].

E il legislatore in effetti è intervenuto con un disegno di legge – in fase di stallo procedurale nelle commissioni e senza previsione di un voto in aula a breve – che non segue le indicazioni della Corte, in particolare proprio per quel riguarda il coinvolgimento del Sistema Sanitario Nazionale, che non viene previsto[31]. Ma prima di dire qualcosa su questa proposta è opportuno soffermarsi sull'ultima recente sentenza della Corte, la n. 132 del 2025[32].

Il caso riguarda una persona affetta da sclerosi multipla progressiva che si trova nelle stesse condizioni di Fabio Antoniani e quindi soddisfa le condizioni stabilite dalla Corte stessa per poter accedere al suicidio medicalmente assistito. Non essendo però reperibile la strumentazione necessaria per l'attuazione autonoma del suicidio assistito, vale a dire una pompa infusionale attivabile con un semplice comando vocale, o con la bocca o con il movimento degli occhi, il giudice *a quo* ha posto alla Corte la seguente questione: se è già possibile con una mano iniettarsi la sostanza letale sotto controllo medico perché dovrebbe essere illegittimo farselo iniettare dal medico se non si è in grado di farlo da soli?

[30] Corte cost., sentenza n.242/2019, *Considerato in diritto*, 9.

[31] Il disegno di legge portava inizialmente questo titolo "Disposizioni esecutive della sentenza della Corte costituzionale del 22 novembre 2019, n. 242". Sembra un titolo, non so se volutamente ironico dal momento che il disegno di legge – indipendentemente da come lo si voglia giudicare – non rispetta quasi in nulla quella sentenza. L'ultimo titolo del testo unificato (17 luglio 2025) è il seguente "Disposizioni in materia di terapia del dolore e dignità nella fase finale della vita, nonché modifiche all' art. 580 del Codice penale".

[32] Per una analisi approfondita si veda M.E. Bucalo, "Una nuova declinazione del diritto del paziente ad autodeterminarsi quanto alle scelte sulla fine della vita? Discrasie fra forma e sostanza di Corte cost. 8 luglio 2025, n. 132 in tema di omicidio del consenziente", in *Osservatorio AIC*, 2025 (in corso di pubblicazione).

La china è scivolosa: è evidente che in questo modo si sarebbe passati dal suicidio medicalmente assistito all'eutanasia con l'intervento attivo di un medico. Per questo il giudice *a quo* ha chiesto alla Corte di esprimersi, questa volta, sulla legittimità costituzionale dell'art. 579 c.p.

Nella sentenza la Corte non risponde a questa domanda, non entra nel merito, non rigetta quindi la richiesta, ma si limita a sottolineare l'inadeguatezza del modo in cui il Tribunale di Firenze ha affrontato la questione della reperibilità del dispositivo necessario a realizzare il suicidio assistito. La Corte imputa, cioè, al giudice di non aver verificato se la strumentazione necessaria fosse in qualche altro modo reperibile: si è, infatti, limitato a chiedere all'Azienda Usl Toscana Nord Ovest se avesse la strumentazione idonea e non ha sentito altri organismi, a partire dell'Istituto Superiore di Sanità. È dunque per "difetto di motivazione" circa la reperibilità dei dispositivi di autosomministrazione che la richiesta è stata dichiarata inammissibile[33].

La Corte anzi ha tutt'altro che dichiarata infondata la questione, respingendo tutte le eccezioni sollevate dall'Avvocatura di Stato e dagli intervenienti[34]. Essa semplicemente non si è espressa sul contenuto dell'art. 579 del Codice penale. Sotto questo profilo nessuna apertura, ma neppure nessuna chiusura. La parola, per il momento, viene lasciata al legislatore, anche se nulla impedisce nel frattempo che la questione possa essere proposta alla Corte da altro giudice, se si dovesse presentare un caso analogo, o persino dallo stesso giudice *a quo*. Insomma, il problema della legittimità della punizione senza eccezioni dell'omicidio del consenziente resta aperto.

Cosa succederà ora? Toccherà al giudice *a quo* riavviare la ricerca del dispositivo che consenta alla ricorrente di potersene avvalere, e se esso fosse nonostante le ricerche irreperibile la questione dell'art. 579 potrebbe essere riproposta alla Corte. Sul caso in questione questi sono gli elementi essenziali, ma nella sentenza troviamo qualcosa di più.

La Consulta, infatti, nella parte conclusiva della sentenza pare lanciare al legislatore un messaggio molto forte, che va al di là delle sentenze precedenti. In queste, come si è visto, mai la Corte si era spinta a riconoscere un generale diritto di morire, puntando sulla depenalizzazione del comportamento in determinate condizioni, ora invece il suicidio assistito diventa un diritto vero e proprio che comporta l'obbligo da parte del Sistema Sanitario Nazionale di soddisfarlo.

Si tratta di un cambiamento notevole e su una questione così delicata a decidere dovrebbe essere il legislatore e non un giudice, sia pure importante come il giudice delle leggi. Nelle sentenze precedenti la Corte non aveva mai riconosciuto un diritto in senso forte del paziente al suicidio assistito e anche la procedura "medicalizzata" indicata dalla Corte attraverso il Servizio Sanitario Nazionale lasciava al legislatore la possibilità di seguire un altro percorso.

[33] Corte cost. sentenza n.132/2025, *Considerato in diritto*, 4.
[34] Corte cost, sentenza n.132/2025, *Considerato in diritto*, 3.1.

Nella più recente sentenza (la n. 132 del 2025) il tono cambia. Qui la persona "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, diritto, che secondo i principi che regolano il servizio, include il reperimento dei dispositivi idonei, laddove esistenti e l'ausilio nel relativo impiego"[35].

Ora, se si tratta di un diritto vero e proprio del malato e non di un comportamento in certe condizioni depenalizzato, il passaggio dal Servizio sanitario pubblico sembra quasi inevitabile e allora il messaggio che la sentenza racchiude per il legislatore suona di fatto come una totale sconfessione del disegno di legge attualmente in discussione in Parlamento che, come è noto, non parla di "diritto" di essere aiutato a morire né prende in considerazione il Servizio Sanitario Nazionale per poter accedere al suicidio assistito.

Resta, a questo punto, da chiedersi se sia il legislatore a fare le leggi come meglio (o peggio) crede o se nel farle debba per forza preventivamente seguire tutte le indicazioni già fornite dalla Corte. Il fatto che la Corte costituzionale sembra di frequente fare la legge con le decisioni a rime possibili o libere o a versi sciolti, che non si limitano ad aggiungere o sottrarre norme conseguenti alla dichiarazione di incostituzionalità, ma pongono nuove disposizioni legislative, non risolve la questione di diritto. Ovvero che la giustizia costituzionale è giurisdizione e non legislazione e quindi dice (o dovrebbe dire), accerta (o dovrebbe accertare) quale sia il diritto vigente valido ma non lo costituisce. In più, in questa vicenda siamo giunti al punto in cui la Corte è intervenuta addirittura, come si è visto, con una sentenza interpretativa di rigetto non su una disposizione di legge ma su una propria sentenza. Segnalare l'incostituzionalità di una legge non significa indicare al legislatore il modo in cui la deve cambiare.

Una cosa, tuttavia, va qui pur detta al di là di tutti i formalismi e tecnicismi giuridici. Qui ci sono di mezzo persone affette da malattie irreversibili, che si aggravano di giorno in giorno e nessuno pare tener conto di questo dramma esistenziale. Mi chiedo, era proprio necessario procedere in questo modo? E in che direzione pare andare il legislatore?

3. La proposta del legislatore

Il compito della Corte era quello di limitarsi, se questo riteneva e c'erano buone ragioni per farlo, a dichiarare illegittimo in alcune parti l'art. 579 del Codice penale e il legislatore avrebbe dovuto tenerne conto e intervenire per modificarlo. Tutto il resto va oltre i compiti della Corte e spetta al legislatore. Se poi il legislatore non dovesse agire in modo conforme a Costituzione la Corte potrà intervenire, ma non è che la Corte fa la legge e il legislatore la esegue. E invece è proprio questo che la

[35] Corte cost., sentenza n. 132/2025, *Considerato in diritto*, 4.2.

Corte vorrebbe: una nuova legge che estenda quanto già previsto dalla legge n. 219 del 2017. L'auspicio rivolto al legislatore è palese. Basterebbe allargare le maglie di quella legge e visto che già si è ammessa la sedazione palliativa profonda si ammetta pure il suicidio medicalmente assistito.

Il passaggio è però ardito perché nel secondo caso è previsto che sia un medico ad aiutare il paziente a morire, proprio il passo che il legislatore allora non aveva voluto fare. E perché lo dovrebbe fare adesso? Può la Corte spingerlo a farlo? Per la verità è quello che sta cercando di fare, ma il legislatore pare piuttosto riottoso a seguirne le indicazioni.

Il disegno di legge sul suicidio assistito, sul quale sono stati presentati 140 emendamenti, si basa su una proposta presentata dalla maggioranza di centrodestra e adottata come testo base dalle Commissioni Giustizia e Sanità del Senato il 2 luglio 2025. Tale disegno va letto chiaramente in risposta alla legge regionale approvata dalla Regione Toscana nel febbraio del 2025, basata su una proposta di iniziativa popolare promossa dall'Associazione Luca Coscioni[36]. Anche ad una lettura superficiale risulta subito evidente che il disegno di legge sia più restrittivo della legge regionale[37]. Ma non è su questo che qui voglio insistere. Del resto, ciò fa parte della dialettica politica: la maggioranza politica è di centrodestra, la Regione in questione è governata dal centrosinistra.

Sia la legge regionale sia quella nazionale in discussione si presentano come risposte alle sentenze della Corte costituzionale. E tuttavia mentre la legge regionale segue con coerenza il dettato della Corte non altrettanto si può dire per il disegno di legge in questione e non solo perché introduce una quinta condizione non prevista dalla Corte (la richiesta del suicidio assistito è subordinata anche alla previa iscrizione "nel percorso di cure palliative") e i trattamenti di sostegno vitale vengono intesi in senso restrittivo, esattamente in senso opposto a quello indicato dalla Corte, come "trattamenti sostitutivi di funzioni vitali"[38]. Beninteso, il Parlamento è sovrano, non deve seguire quanto stabilito dalla Corte, potrebbe anche approvare una legge che non corrisponde alle sue indicazioni, andando però prima

[36] Cfr. Toscana, Legge regionale 14 marzo 2025, n.16, "Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024". Si veda al riguardo 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 *Consulta OnLine*, (2025), n. II, pp. 560-580. La legge è stata impugnata da parte del governo davanti alla Corte costituzionale, in quanto la materia rientrerebbe nella competenza legislativa dello Stato (impugnazione decisa nel Consiglio dei ministri del 9 maggio 2025). Nel frattempo, anche la Sardegna ha approvato una legge regionale sul suicidio medicalmente assistito, la Legge regionale 17 settembre 2025, n. 26 e anche questa legge è stata impugnata dal governo il 21 novembre 2025. Entrambi i procedimenti sono pendenti.

[37] Lo si vede già dal primo articolo delle "Disposizioni in materia di terapia del dolore è dignità nella fase finale della vita, nonché modifiche all'art. 580 del Codice penale" che insiste art. 1 sulla "inviolabilità e indisponibilità del diritto alla vita".

[38] "Disposizioni in materia di terapia del dolore e dignità nella fase finale della vita, nonché modifiche all'art. 580 del Codice penale", art. 2.

o poi incontro ad un giudizio di incostituzionalità, come già avvenuto per la legge sulla procreazione medicalmente assistita.

Ci sono, infatti, due punti in cui il legislatore va addirittura in senso esattamente contrario a quello indicato dalla Corte. Il primo è l'istituzione di un Comitato Nazionale di Valutazione, di nomina del Presidente del Consiglio, che attraverso quel Comitato di fatto decide se accettare o rifiutare la richiesta del paziente. Il secondo è l'esclusione totale del Servizio Sanitario Nazionale dalla pratica del suicidio assistito. Per un verso si centralizza l'intera procedura affidandola addirittura in ultima istanza al premier, per l'altro non si capisce da chi verrà assistito il malato che chiede di essere aiutato a suicidarsi, dal momento che è addirittura escluso possa parteciparvi "il personale in servizio", e che possano essere impiegati "le strumentazioni e i farmaci, di cui dispone a qualsiasi titolo il Sistema Sanitario Nazionale"[39]. Per un verso si nazionalizza la morte e per l'altro la si privatizza.

Qui di seguito, solo due considerazioni. Se si vuole evitare la medicalizzazione della morte – e credo che questo, a mio modo di vedere, sia il nocciolo che andrebbe preservato di questa legge – bisognerebbe indicare una via alternativa. Oppure trovare nuove strade, e credo sarebbe giusto farlo perché se la richiesta dell'assistenza al suicidio non è un diritto in senso forte, non c'è nessun motivo per cui debba passare attraverso il Sistema Sanitario Nazionale. La legge, insomma, potrebbe sotto questo profilo limitarsi a modificare l'art. 580 del Codice penale nel senso indicato dalla Corte. Anche perché il ruolo del medico dovrebbe limitarsi alla verifica delle condizioni richieste e alla prescrizione di farmaci adeguati, restando per il resto estraneo alla esecuzione del suicidio. Non si può risolvere il problema con la mera obiezione di coscienza, ne va infatti della sua etica professionale.

Sulla istituzione di un Comitato Nazionale di Valutazione non si può invece che dissentire con forza. Sulla mia morte, dettata in fondo dallo "stato di necessità" in cui mi trovo dovuto ad una malattia inguaribile che mi procura dolori che non riesco più a sopportare, decido io e non sette componenti di un Comitato Nazionale nominato addirittura dal Capo del Governo[40]. Quest'ultima soluzione – affine alla istituzione di "Comitato di salute pubblica" –, a parte la sua intrinseca "biopolitica" illiberalità, è estremamente rischiosa perché subordina l'accoglimento della legittima richiesta di un malato affetto da un male inguaribile al Governo in carica. Estremizzando un po', per farci capire, con Mantovano non morirà nessuno e con

[39] "Disposizioni in materia di terapia del dolore e dignità nella fase finale della vita, nonché modifiche all'art. 580 del Codice penale", art. 4.

[40] "Disposizioni in materia di terapia del dolore e dignità nella fase finale della vita, nonché modifiche all'art. 580 del Codice penale", art. 4. "Disposizioni in materia di terapia del dolore e dignità nella fase finale della vita, nonché modifiche all'art. 580 del Codice penale", "I componenti del Comitato Nazionale di Valutazione sono nominati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri", il quale nomina fra essi il Presidente, il vicepresidente e il segretario" (art. 4).

Cappato moriranno tutti. Non lasciamo che la morte finisca nelle mani dei giudici ma neppure nel Creonte di turno.

4. Una proposta alternativa

Torniamo al nucleo delle sentenze della Corte. La Corte dichiara che in certe condizioni può essere legittimo il suicidio assistito, ma la procedura medicalizzata e burocratizzata da essa proposta, nonostante tutta l'insistenza su questo, non è vincolante per il legislatore. E a dire il vero neppure le condizioni poste dalla Corte sono per il legislatore vincolanti. E allora perché il legislatore semplicemente non modifica il Codice penale seguendo in linea di principio le indicazioni della Corte?

Comunque sia ogni nuova disciplina in materia andrebbe ad incidere sulle disposizioni attualmente previste Codice penale. Se ci chiediamo quali siano gli obiettivi concreti che il legislatore dovrebbe, a nostro avviso, raggiungere nel consentire il suicidio assistito, essi sono essenzialmente due:

(a) evitare che la condotta di chi presta assistenza o aiuto al suicidio di un paziente affetto da una malattia irreversibile possa essere incriminato ai sensi dell'art. 580 del Codice penale;

(b) evitare, al contempo, che il personale medico sia autorizzato da una legge a compiere azioni che aiutano il paziente a morire, per tenere ferma l'idea che il medico non venga in modo diretto coinvolto nella morte del paziente.

È importante soddisfare l'ultimo desiderio di un paziente che soffre e il cui destino è comunque segnato, ma bisogna anche non perdere di vista il punto di vista esterno del medico, della sua etica professionale e del suo ruolo sociale. Il legislatore potrebbe allora limitarsi a modificare l'articolo 580 del Codice penale aggiungendo a quello esistente semplicemente un comma di questo tipo:

"Non è punibile la condotta di chiunque si limiti a fornire assistenza o aiuto al suicidio di chi versi in un certificato stato di prolungata sofferenza dovuto a malattia irreversibile, senza partecipare alla sua esecuzione materiale e senza agire a scopo di lucro. Se il fatto è commesso da chi esercita una professione sanitaria, esso non è punibile unicamente laddove l'attività di assistenza o aiuto sia limitata alla prescrizione di farmaci".

Una simile formulazione consentirebbe:

(a) di affermare la non punibilità delle condotte previste, senza tuttavia introdurre alcun obbligo o dovere di collaborazione del personale medico rispetto alla volontà di suicidarsi manifestata dal paziente, e dunque, in altre parole, senza introdurre in senso stretto un "diritto al suicidio medicalmente assistito", in capo al paziente; la non punibilità non presuppone necessariamente il riconoscimento di un vero e proprio diritto di morire, il bilanciamento con il diritto alla vita sarebbe in questo modo soddisfatto;

(b) di richiedere che il suicidio sia comunque compiuto materialmente sempre e soltanto dal soggetto che intende procurarsi la morte, non consentendo dunque che il personale medico o altri possano somministrare il farmaco mortale al paziente

(potendo unicamente rimuovere gli ostacoli al suo reperimento, ad esempio prescrivendolo);

(c) di evitare il coinvolgimento diretto dei medici nel suicidio assistito (e tanto più, in prospettiva, nell'eutanasia). Per questo la pratica del suicidio assistito non dovrebbe avvenire nelle strutture ospedaliere. Negli ospedali si entra per essere curati e possibilmente guariti e non al solo scopo di morire, per questo bisogna pensare ad altre strutture, come ad esempio avviene in Svizzera. La partecipazione del personale medico, nella proposta che ho formulato, è infatti limitata all'accertamento delle condizioni di salute del paziente e al rilascio della prescrizione del farmaco, mentre si ritiene che non debba svolgere alcun ruolo esecutivo, mettendolo materialmente a disposizione del suicida e presenziando alla sua somministrazione.

Questa sarebbe una soluzione equilibrata che tiene conto della dignità e dell'autodeterminazione del paziente, ma altresì del senso e della finalità della professione medica. Il legislatore sarebbe ancora in tempo per tenerne conto.