

Il requisito della «dipendenza da trattamenti di sostegno vitale» nel suicidio medicalmente assistito: la Corte costituzionale conferma il proprio orientamento e rinnova il monito al legislatore.

di Rebecca Girani*

Abstract EN: The paper analyzes the ruling No. 66 of 2025 in which the Constitutional Court rejected the questions of constitutional legitimacy proposed by the referring judge. The Court confirmed, in line with the ruling No 242 of 2019 and No. 135 of 2024, that the requirement of «dependence on life support treatment» is not in contrast with our Constitution.

Abstract IT: Il contributo analizza la pronuncia n. 66 del 2025, con cui la Corte costituzionale ha rigettato le questioni di legittimità costituzionale proposte dal giudice rimettente, confermando – in linea con le sentenze n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024 – che il requisito del trattamento di sostegno vitale non è in contrasto con la Costituzione.

Sommario: 1. La questione sollevata dal giudice remittente. – 2. Una breve riflessione sull'impropria equiparazione tra la disciplina del fine vita in Italia e in Svizzera, proposta dal giudice *a quo*. – 3. La decisione della Corte costituzionale nella sentenza n. 66 del 2025: una conferma della pronuncia n. 135 del 2024. – 4. La centrale importanza assegnata alle cure palliative. – 5. I primi passi mossi dal legislatore nazionale. – 6. Conclusioni.

1. La questione sollevata dal giudice remittente

Il giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Milano ha rimesso alla Corte costituzionale i dubbi relativi alla compatibilità costituzionale del requisito della dipendenza del paziente da un trattamento di sostegno vitale, così come delineato dalla sentenza n. 242 del 2019. Le medesime questioni erano già state dichiarate non fondate dalla pronuncia n. 135 del 2024¹, pubblicata successivamente al deposito dell'ordinanza di rimessione in parola.

* Docente a contratto in diritto penale presso l'Università di Bologna. Dottore di ricerca in diritto penale presso l'Università di Bologna.

¹ Per un'analisi della precedente sentenza n. 135 del 2024, sia consentito rinviare a R. GIRANI, *Il silenzio del legislatore e l'ulteriore pronuncia della Corte costituzionale sull'aiuto al suicidio*:

Nel caso oggetto del presente contributo, il giudice *a quo* era chiamato a decidere in merito alla richiesta di archiviazione proposta dalla Procura della Repubblica nei confronti dell'indagato in due procedimenti penali riuniti, per il delitto di cui all'art. 580 c.p., commesso nei confronti di due vittime.

Alla prima, nel giugno del 2021, era stato diagnosticato un microcitoma polmonare, trattato con chemioterapia. Dopo pochi mesi erano emersi carcinomi all'encefalo, ai reni, nonché al cuoio capelluto. A causa di quest'ultimo, la paziente aveva tentato di sottoporsi ad un innesto cutaneo che non attecchiva, lasciando un'ampia esposizione ossea sul cranio. La malattia, nonostante l'assunzione di farmaci immunoterapici, progrediva con nuove formazioni nella zona dell'addome e il peggioramento di quelle a carico del polmone, provocando gravi problemi a livello respiratorio e renale, per i quali i sanitari avevano prospettato l'introduzione di specifici supporti vitali. Successivamente, la paziente aveva rifiutato un ulteriore ciclo di chemioterapia e aveva redatto le proprie disposizioni anticipate di trattamento con espresso rifiuto di terapie salvavita. Nel frattempo, aveva preso contatti con l'associazione svizzera *Pegasos*, accordandosi per ricevere il "servizio" di accompagnamento al fine vita volontario, versando la somma di 10.000,00 CHF (pari a circa diecimila euro). A tal punto, l'indagato veniva contattato dalla paziente per essere accompagnata presso la struttura svizzera, dove il decesso avveniva a seguito di autosomministrazione di un farmaco letale.

Il secondo paziente, a inizio 2020, iniziava a soffrire della malattia identificata in un "parkinson atipico", che determinava la veloce e progressiva perdita dell'autonomia in tutte le attività quotidiane, senza peraltro incidere sulla capacità cognitiva. Successivamente, a causa di una caduta, riportava la frattura del femore, all'esito della quale non aveva più la capacità di deambulazione. La condizione del paziente era altresì caratterizzata da aprassia, disartria, apatia, deficit della postura, deficit dell'equilibrio, del linguaggio, della memoria e degli orientamenti, nonché da movimenti involontari, a cui si aggiungeva il contagio da Covid-19, che, nel febbraio 2022, aggravava la condizione. Risultavano inoltre disfagia, incontinenza urinaria e fecale, totale dipendenza nelle cosiddette *activities of day living*, dolori diffusi

un chiarimento in merito alla portata del requisito della «dipendenza da trattamenti di sostegno vitale», in questa Rivista, 3, 2024, 49 ss. Tra i commenti alla sentenza menzionata, si vedano anche F. CONSULICH, La morte medicalmente assistita e la tentazione dell'overruling: il significato ambiguo del trattamento di sostegno vitale, in RIDPP, 2024, 1071 ss.; S. MANGIAMELI, Diritto alla vita e suicidio assistito: esiste un bilanciamento accettabile?, in Giur. Cost., 4, 2024, 1416 ss.; P. SCARLATTI, Dignità del malato e vulnerabilità: elementi di discontinuità nella giurisprudenza costituzionale sul fine vita, in Giur. Cost., 4, 2024, 1478 ss. C. TRIPODINA, Suicidio medicalmente assistito: essere, o non essere, tenuti in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale? Questo il dilemma, in Giur. Cost., 4, 2024, 1467 ss. e 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, 2024, 239 ss.

da allettamento, ulcere cutanee, necessità frequente di trattazione di secrezioni bronchiali. Determinato nel non volere accettare ulteriori e maggiori sofferenze, il paziente chiedeva all'indagato, tramite l'Associazione Luca Coscioni, di essere accompagnato presso la struttura svizzera *Dignitas*, ove decedeva a seguito di autosomministrazione del farmaco letale.

Il giudice *a quo* aveva ritenuto non accoglibile la richiesta di archiviazione proposta dal Pubblico Ministero: le condotte dell'indagato sono astrattamente sussumibili nell'alveo della previsione punitiva dell'art. 580 c.p. Infatti, in entrambi i casi, i pazienti erano affetti da «una malattia irreversibile», fonte di «sofferenze» connesse alle rispettive patologie; avevano formato in maniera autonoma e libera la «decisione di morire», ma non erano tenuti in vita da «trattamenti di sostegno vitale», così come richiesto dalla sentenza n. 242 del 2019.

Con l'ordinanza di remissione n. 164 del 21 giugno 2024, il giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Milano ha sollevato questioni di legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p., in riferimento agli artt. 2, 3, 13, 32 secondo comma, e 117, primo comma, della Costituzione, quest'ultimo in relazione agli artt. 8 e 14 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo, «nella parte in cui prevede la punibilità della condotta di chi agevola l'altrui suicidio nella forma di aiuto al suicidio medicalmente assistito di persona non tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale affetta da una patologia irreversibile fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili che abbia manifestato la propria decisione, formatasi in modo libero e consapevole, di porre fine alla propria vita».

2. Una breve riflessione sull'impropria equiparazione tra la disciplina del fine vita in Italia e in Svizzera, proposta dal giudice *a quo*

Il giudice *a quo*, nell'ordinanza di remissione, osserva come sarebbe evidente la presenza in Svizzera di tre dei requisiti indicati dalla sentenza n. 242 del 2019, «all'esito di un normato e preciso iter burocratico *medico*, giuridicamente rilevante anche se svoltosi all'estero (nella specie, la Svizzera)»², mentre difetterebbe ivi il quarto requisito, ossia quello di essere i malati tenuti in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale.

Il parallelismo non appare condivisibile.

In primo luogo, in Svizzera l'art. 114 CP, rubricato *Omicidio su richiesta della vittima*, statuisce che «chiunque, per motivi onorevoli, segnatamente per pietà, cagiona la morte di una persona a sua seria e insistente richiesta, è punito con una pena detentiva sino a tre anni o con una pena pecuniaria»³.

A seguire, l'art. 115 CP, rubricato *Istigazione e aiuto al suicidio*, afferma che «chiunque per motivi egoistici istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto è

² Corsivo di chi scrive.

³ Il testo in lingua italiana è consultabile al seguente indirizzo ufficiale https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/it.

punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria»⁴.

Dalla formulazione normativa del Codice Penale elvetico, si desume che in Svizzera è penalmente illecito l'omicidio, anche se *pietatis causa*, mentre qualunque azione volta ad agevolare il suicidio di un soggetto che vi si sia autonomamente determinato, se compiuta con motivazioni altruistiche, è pienamente lecita.

Inoltre, appare opportuno sottolineare che la disposizione penale sull'istigazione e l'aiuto delinea come soggetto attivo chiunque, cioè tutte le persone, a prescindere dalla professione, dalla formazione e dal coinvolgimento istituzionale. La norma lascia a tutti la libertà di offrire il proprio aiuto nell'ambito di un suicidio, a condizione che tale offerta non sia motivata da interessi personali.

La disciplina svizzera sulla morte indotta non è poi regolata esclusivamente dal Codice Penale elvetico, ma è il risultato di uno sviluppo unico e le sue peculiarità sono collegate alla formulazione del contenuto delle norme penali, alla pluralità federalista dei diritti cantonali e alla giurisprudenza del Tribunale federale. A ciò si devono aggiungere le direttive dell'Associazione Svizzera di Scienze Mediche (ASSM) – che si applicano solo nelle ipotesi in cui la richiesta di aiuto coinvolga un medico e che mantengono pur sempre il rango di linee guida, non di legge –, gli interventi della Commissione nazionale d'etica per la medicina umana e delle associazioni di assistenza al suicidio⁵.

Completamente opposta appare invece la disciplina dell'aiuto al suicidio in Italia, ordinamento in cui la medesima condotta è penalmente rilevante sempre, ad eccezione delle ipotesi rientranti in quella "circoscritta area di non punibilità" ritagliata dalla Corte costituzionale italiana. Si tratta nello specifico della c.d. "procedura medicalizzata" di cui alla legge n. 219 del 2017, il cui rispetto è indicato nella sentenza n. 242 del 2019, quale esclusivo ed indispensabile presupposto per la non punibilità delle condotte di aiuto al suicidio.

3. La decisione della Corte costituzionale nella sentenza n. 66 del 2025: una conferma della pronuncia n. 135 del 2024.

⁴ Il testo in lingua italiana è consultabile al seguente indirizzo ufficiale https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/it. In dottrina, sul tema dell'aiuto al suicidio in Svizzera, si veda la ricca bibliografia che è consultabile nel Commentario basilese, con particolare riferimento agli studi di Christian Schwarzenegger: C. SCHWARZENEGGER, Vor art. 111–117 CP, in M.A. NIGGLI, H. WIPRÄCHTIGER (a cura di), *Basler Kommentar. Strafrecht* II, Art. 111–401 CP, Basilea, 2003, 64 ss.

⁵ Per una più approfondita analisi della disciplina dell'aiuto al suicidio in Svizzera, con specifico riferimento alle diverse fonti, sia consentito rimandare a R. GIRANI, *La disciplina del suicidio assistito nell'ordinamento elvetico: il fenomeno del c.d. "suicide tourism" dall'Italia alla Svizzera*, in *Rivista di Biodiritto - Biolaw Journal*, 3, 2023, 165 ss.

Dopo aver dichiarato non fondate le eccezioni inerenti al difetto di rilevanza delle questioni, con riferimento sia al mancato rispetto delle condizioni procedurali⁶ sia all'incompetenza per territorio del Tribunale di Milano nei casi di specie⁷, i giudici costituzionali hanno esaminato il merito delle questioni prospettate.

In primo luogo, la Corte costituzionale ha precisato che la stessa è tenuta a rispondere alle «assai precise» censure formulate nell'ordinanza di remissione e non alle diverse prospettazioni formulate dalla difesa della parte, in particolare nella memoria illustrativa e nella discussione orale. Infatti, «l'ordinanza di remissione non auspica che al requisito dell'essere il paziente tenuto in vita da un trattamento di sostegno vitale sia affiancato quello, alternativo, della prognosi infausta a breve termine; ma argomenta, invece, nel senso della necessità di eliminare *tout court* il requisito della dipendenza da trattamento di sostegno vitale. Ciò in quanto tale requisito non consentirebbe – irragionevolmente, a giudizio del rimettente – l'accesso al suicidio assistito di pazienti che abbiano rifiutato un trattamento di sostegno vitale, ritenendolo inutile o sproporzionato».

La Corte costituzionale ha precisato altresì l'erroneità del presupposto ermeneutico da cui muove il giudice *a quo*, secondo il quale l'area di non punibilità sancita dalla sentenza n. 242 del 2019 non si estenderebbe alla situazione in cui il paziente rifiuti l'attivazione di un trattamento di sostegno vitale, pur in presenza di una indicazione medica in tal senso, in quanto da lui ritenuto «futile» o comunque «espressivo di accanimento terapeutico». I giudici costituzionali hanno invece integralmente confermato quanto già affermato nella sentenza n. 135 del 2024⁸, ribadendo che «nella misura in cui

⁶ Corte cost., sent. n. 66 del 2025, Considerato in diritto, punto 3.1: «l'eccezione è tuttavia infondata, per le medesime ragioni che hanno condotto questa Corte, nella sentenza n. 135 del 2024, a disattendere l'identica eccezione già sollevata dall'Avvocatura generale dello Stato. L'accoglimento delle odierne questioni, infatti, inciderebbe quantomeno sull'iter motivazionale della decisione che il rimettente è chiamato ad assumere (punto 3.1. del Considerato in diritto, e ivi puntuali riferimenti alla giurisprudenza della Corte, cui adde, ora, sentenza n. 52 del 2025, punto 4.1. del Considerato in diritto e, a contrario, sentenza n. 43 del 2025, punto 6 del Considerato in diritto). Infatti, il GIP non potrebbe rigettare la richiesta di archiviazione, come ora ritiene di dover fare, in ragione dell'insussistenza di una delle condizioni sostanziali della non punibilità, ma semmai unicamente per il mancato rispetto delle condizioni procedurali fissate dalla sentenza n. 242 del 2019».

⁷ Corte cost., sent. n. 66 del 2025, Considerato in diritto, punto 3.2: «Nemmeno questa eccezione è fondata. Non può in effetti ritenersi implausibile la competenza del Tribunale di Milano, in applicazione delle regole suppletive indicate dall'art. 9, commi 2 e 3, cod. proc. pen., non emergendo con evidenza dagli atti di causa l'ultimo luogo in cui sarebbe avvenuta una parte dell'azione ai sensi dell'art. 9, comma 1, cod. proc. pen. Non può pertanto affermarsi che il difetto di competenza del giudice a quo sia rilevabile *ictu oculi* da questa Corte, come sarebbe invece necessario ai fini della dichiarazione di inammissibilità delle questioni sollevate (negli stessi termini, sentenza n. 135 del 2024 e precedenti ivi citati)».

⁸ Corte cost., sent. n. 135 del 2024, Considerato in diritto, punto 7.2: «il diritto fondamentale scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., di fronte al quale questa Corte ha

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. Spetterà dunque al giudice *a quo* valutare se la situazione descritta sussistesse rispetto ai due pazienti il cui suicidio sarebbe stato agevolato dall'indagato».

Chiarito in tal senso il corretto presupposto interpretativo, la Corte costituzionale ha confermato l'infondatezza delle censure proposte, per le medesime ragioni poste a base della sentenza n. 135 del 2024.

A proposito dell'asserita lesione del principio di eguaglianza di cui all'art. 3 Cost., si ribadisce che «in assenza di un trattamento di sostegno vitale in atto, o almeno di un'indicazione medica relativa alla necessità di attivare un simile trattamento, il paziente non si trova ancora nella condizione di poter optare per la propria morte sulla base della legge n. 219 del 2017, rifiutando (rispettivamente) la prosecuzione o la stessa attivazione di un tale trattamento. Pertanto, la sua situazione non è assimilabile a quella di un paziente la cui vita dipenda, ormai, dal trattamento in questione; il che rende costituzionalmente non censurabile, al metro dell'art. 3 Cost., la diversa disciplina prevista per le due ipotesi».

Con riferimento all'asserita lesione del diritto all'autodeterminazione del paziente fondato sugli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., l'argomento «è in radice viziato dall'erroneo presupposto» interpretativo *supra* richiamato, «non essendo affatto necessario – ai fini dell'accesso al suicidio assistito – che il paziente inizi il trattamento di sostegno vitale giudicato necessario dal medico, per poi chiedere di interromperlo».

Infine, risultano infondate anche le censure concernenti la lamentata violazione, per il tramite dell'art. 117, primo comma, Cost., degli artt. 8 e 14 CEDU. Esse devono essere dichiarate non fondate sia «nella misura in cui assumono a presupposto l'impossibilità di equiparare l'effettiva sottoposizione a un trattamento medico di sostegno vitale al rifiuto dello

ritenuto non giustificabile sul piano costituzionale un divieto assoluto di aiuto al suicidio, comprende anche – prima ancora del diritto a interrompere i trattamenti sanitari in corso, benché necessari alla sopravvivenza – quello di rifiutare *ab origine* l'attivazione dei trattamenti stessi. Dal punto di vista costituzionale, non vi può essere, dunque, distinzione tra la situazione del paziente già sottoposto a trattamenti di sostegno vitale, di cui può pretendere l'interruzione, e quella del paziente che, per sopravvivere, necessita, in base a valutazione medica, dell'attivazione di simili trattamenti, che però può rifiutare: nell'uno e nell'altro caso, la Costituzione e, in ossequio ad essa, la legge ordinaria (art. 1, comma 5, della legge n. 219 del 2017) riconoscono al malato il diritto di scegliere di congedarsi dalla vita con effetti vincolanti nei confronti dei terzi». Per una più ampia analisi dell'argomento, così come delineato nella sentenza n. 135 del 2024, sia consentito rinviare a R. GIRANI, *Il silenzio del legislatore e l'ulteriore pronuncia della Corte costituzionale sull'aiuto al suicidio: un chiarimento in merito alla portata del requisito della «dipendenza da trattamenti di sostegno vitale»*, cit., spec. 54 ss.

stesso, pur in presenza di una valutazione medica relativa alla sua necessità nel caso concreto» sia «nella misura in cui le censure in parola mirino a estendere la non punibilità dell'aiuto al suicidio» oltre l'ipotesi specificatamente delineata dalla Corte costituzionale italiana. Infatti, come confermato – da ultimo – nella sentenza Corte EDU, sez. I, 13 giugno 2024, *Daniel Karsai c. Ungheria*, ricorso n. 32312/23, «la Corte EDU riconosce agli Stati parte un considerevole margine di apprezzamento nel bilanciare il diritto alla vita privata – necessariamente coinvolto dalla decisione su come e quando morire – e le ragioni di tutela della vita umana, anche in ragione della persistente assenza di un consenso in materia tra gli Stati membri del Consiglio d'Europa»⁹.

4. La centrale importanza assegnata alle cure palliative

Dopo aver dichiarato non fondate le questione prospettate dal giudice *a quo*, richiamando espressamente i medesimi argomenti già delineati nella precedente sentenza n. 135 del 2024, la Corte costituzionale, con la sentenza n. 66 del 2025, ha ribadito che «assume grande importanza la concreta messa a disposizione di un percorso di cure palliative, che configura un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente» e ancora che «il contatto con sanitari e con una struttura effettivamente in grado di assicurare la tempestiva attivazione di terapie palliative può garantire il diritto dei pazienti a ricevere informazioni complete sul loro percorso di cura e permettere a ogni persona l'opportunità di confrontarsi con la malattia e con l'ultimo tratto del cammino di vita in maniera dignitosa e libera da sofferenze, anche nella prospettiva di prevenire e ridurre in misura molto rilevante la domanda di suicidio assistito».

Il ruolo centrale delle cure palliative era già stato sottolineato dai giudici costituzionali nell'ordinanza n. 207 del 2018, in cui si era riconosciuta la necessità di adottare opportune cautele affinché, nell'applicazione pratica, l'opzione della somministrazione dell'aiuto al suicidio non avesse come conseguenza il rischio di una prematura rinuncia da parte delle strutture sanitarie a mettere il paziente nella concreta possibilità di accedere a cure palliative, ove idonee a eliminare la sua sofferenza. Anche nella sentenza n. 242 del 2019 i giudici hanno sottolineato la centralità delle cure palliative, facendo esplicito riferimento al Parere del Comitato nazionale per la bioetica del 18 luglio 2019, intitolato “Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito”¹⁰. Recentemente, con riferimento al tema delle cure palliative – che

⁹ Corte cost., sent. n. 66 del 2025, Considerato in diritto, punto 6.3.

¹⁰ Il Parere “Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito” è consultabile all'indirizzo ufficiale <https://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri/riflessioni-bioetiche-sul-suicidio-medicalmente-assistito/>. Nel 2019 il CNB aveva ritenuto necessario svolgere una riflessione sull'aiuto al suicidio a seguito dell'ordinanza n. 207 del 2018 della Corte

interseca la questione del suicidio assistito e dell'eutanasia, ma ivi non si esaurisce – il CNB, nel Parere “Cure palliative” del 14 dicembre 2023, ha avuto occasione di sollecitare la politica ad implementare tali cure in modo compiuto e come parte integrante dei Livelli Essenziali di Assistenza¹¹.

costituzionale, affrontando il tema dell'aiuto al suicidio con la consapevolezza di rilevare orientamenti difformi sia all'interno dello stesso Comitato, sia nella società.

Nel Parere si è riconosciuto espressamente che la questione dell'aiuto al suicidio costituisce una delle tematiche più controverse del dibattito bioetico e presenta una serie di problemi e di interrogativi a cui non è possibile dare una risposta univoca. Il CNB ha voluto richiamare l'attenzione della società e del mondo politico su quelli che i membri del Comitato hanno ritenuto essere le chiarificazioni concettuali e i temi etici più rilevanti e delicati che emergono a fronte di tali richieste: la differenza tra assistenza medica al suicidio ed eutanasia; l'espressione di volontà della persona; i valori professionali del medico e degli operatori sanitari; l'argomento del pendio scivoloso; le cure palliative. Alcuni membri del CNB si sono dichiarati contrari alla legittimazione, sia etica che giuridica, del suicidio medicalmente assistito, ritenendo che la difesa della vita umana debba essere affermata come un principio essenziale in bioetica, quale che sia la fondazione filosofica e/o religiosa di tale valore, che il compito inderogabile del medico sia l'assoluto rispetto della vita dei pazienti e che l'“agevolare la morte” segni una trasformazione inaccettabile del paradigma del “curare e prendersi cura”. Altri membri del CNB si sono invece dichiarati favorevoli sul piano morale e giuridico alla legalizzazione del suicidio medicalmente assistito sul presupposto che il valore della tutela della vita vada bilanciato con altri beni costituzionalmente rilevanti, quali l'autodeterminazione del paziente e la dignità della persona. Un bilanciamento che deve tenere in particolare conto di condizioni e procedure che siano di reale garanzia per la persona malata e per il medico. Altri ancora hanno sottolineato come non si dia una immediata traducibilità dall'ambito morale a quello giuridico. Inoltre, hanno evidenziano i concreti rischi di un pendio scivoloso a cui condurrebbe, nell'attuale realtà sanitaria italiana, una scelta di depenalizzazione o di legalizzazione del c.d. suicidio medicalmente assistito modellata sulla falsariga di quelle effettuate da alcuni Paesi europei.

Con specifico riferimento alle cure palliative, il Comitato ha raccomandato l'impegno di fornire cure adeguate ai malati inguaribili in condizione di sofferenza; ha chiesto che sia documentata all'interno del rapporto di cura un'adeguata informazione data al paziente in merito alle possibilità di cure e palliazione; ha ritenuto indispensabile sottolineare l'importanza di ogni sforzo per implementare l'informazione ai cittadini e ai professionisti della sanità delle disposizioni normative riguardanti l'accesso alle cure palliative; ha sottolineato la necessità di promuovere un'ampia partecipazione dei cittadini alla discussione etica e giuridica sul tema e la ricerca scientifica biomedica e psicosociale e la formazione bioetica degli operatori sanitari in questo campo.

¹¹ Il Parere è consultabile all'indirizzo ufficiale <https://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri/cure-palliative/>.

Il CNB con il Parere in parola si è proposto come scopo quello di fornire uno stimolo per le istituzioni sanitarie, gli enti formativi e i professionisti del settore, per assicurare che le cure palliative vengano fornite con professionalità e integrità etica, nel rispetto dei principi di universalità, equità e giustizia e concedendo a ogni persona l'opportunità di confrontarsi con la malattia e con l'ultimo tratto del cammino di vita in maniera dignitosa e libera da sofferenze inutili. Nella prima parte, il CNB delinea la natura delle cure palliative attraverso le definizioni fondamentali che ne hanno tracciato l'evoluzione, configurando tali cure come un approccio globale, rivolto sia ai pazienti, sia alle famiglie che si misurano con patologie cronico-evolutive. Nella seconda parte, si affrontano le problematiche che potrebbero compromettere o

I medesimi auspici sono stati espressi anche nella sentenza n. 134 del 2024, in cui si è affermato che «deve essere confermato lo stringente appello, affinché, sull'intero territorio nazionale, sia garantito a tutti i pazienti, inclusi quelli che si trovano nelle condizioni per essere ammessi alla procedura di suicidio assistito, una effettiva possibilità di accesso alle cure palliative appropriate per controllare la loro sofferenza, secondo quanto previsto dalla legge n. 38 del 2010».

5. I primi passi mossi dal legislatore nazionale

Con la sentenza n. 66 del 2025, i giudici costituzionali, dopo aver ribadito che «i requisiti e le condizioni procedurali delineati dalla giurisprudenza costituzionale» sono «funzionali a creare una “cintura di protezione” per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio assistito “subiscano interferenze di ogni genere”», affermano chiaramente che è auspicabile che «il legislatore e il Servizio sanitario nazionale intervengano prontamente ad assicurare concreta e puntuale attuazione a quanto stabilito dalla sentenza n. 242 del 2019, ferma restando la possibilità per il legislatore di dettare una diversa disciplina».

Sul punto, si deve rilevare che è stato recentemente adottato a maggioranza dalle Commissioni riunite Giustizia e Affari sociali del Senato, con il voto contrario delle opposizioni, un testo base in materia di fine vita¹².

Rinviando ad un'altra sede l'analisi più dettagliata del disegno di legge, si può qui rilevare che il testo afferma chiaramente il carattere inviolabile e indisponibile del diritto alla vita; estromette dal procedimento il Servizio Sanitario Nazionale; prevede la necessità che la richiesta di suicidio provenga da una persona inserita nel percorso di cure palliative e tenuta in vita da trattamenti sostitutivi di funzioni vitali; prevede che la sussistenza delle condizioni da cui dipende la non punibilità siano accertate, tramite un parere obbligatorio, dal Comitato Nazionale di Valutazione di cui all'art. 9-bis della

rallentare il progresso e l'applicazione delle cure palliative: le barriere all'accesso universale ed equo a questi servizi essenziali, la necessità di una loro attivazione tempestiva e il diritto inalienabile dei pazienti a ricevere informazioni complete sul loro percorso di cura. Sono trattate, inoltre, la questione dell'adeguatezza delle cure palliative in vari contesti sanitari, sia domiciliari che ospedalieri, e l'influenza di queste cure sui costi sanitari. Il CNB indica la necessità di perseguire strategie per il rafforzamento e la valorizzazione delle reti e dei servizi di cure palliative, anche in un contesto di risorse scarse. Viene sottolineata l'importanza di adottare modelli di gestione integrati e avanzati per elevare la loro qualità e promuoverle come priorità strategica nel panorama della medicina, assicurando sia l'efficacia clinica sia la salvaguardia della dignità e dei diritti dei pazienti, in tutte le situazioni. Si evidenzia anche la particolare esigenza di una formazione di alto livello per i professionisti sanitari e l'importanza della ricerca per lo sviluppo di trattamenti e pratiche innovative, ancora molto carenti in questo settore. La scelta del CNB è stata quella di concentrare intenzionalmente l'attenzione su queste urgenze per assicurare che lo sviluppo delle cure palliative in tutto il territorio nazionale venga considerato una priorità assoluta.

¹² <https://www.senato.it/leggi-e-documenti/disegni-di-legge/scheda-ddl?did=55303>.

legge 23 dicembre 1978, n. 833, introdotto dall'art. 4 dello stesso disegno di legge¹³.

Appare interessante notare come il testo base abbia sollevato forti critiche anche da parte della comunità medico-scientifica. In particolare, la Società Italiana di Cure Palliative (SICP), nel Comunicato del 16 luglio 2025, ha evidenziato – tra le altre cose – come il testo limiti la libertà di scelta del paziente e rischi di snaturare la missione delle cure palliative stesse, che devono essere offerte, non imposte¹⁴.

Il dibattito nazionale è poi stato – ed è tuttora – accompagnato dal tentativo di alcune Regioni di colmare il vuoto legislativo con iniziative locali¹⁵, sollevando importanti interrogativi in merito alla ammissibilità o meno, dal punto di vista costituzionale, di un intervento regionale sul fine vita¹⁶.

Il cammino normativo della disciplina del suicidio assistito in Italia è dunque ancora in fase di costruzione.

6. Conclusioni

¹³ Per una prima analisi critica del disegno di legge si veda A. MASSARO, *Il nuovo disegno di legge in materia di suicidio medicalmente assistito: come può uno scoglio arginare il mare?*, in *Giur. pen. web*, 7-8, 2025, 1 ss.

¹⁴ Il comunicato è consultabile all'indirizzo ufficiale <https://www.sicp.it/informazione/comunicati/2025/07/legge-fine-vita-sicp-e-fcp-pacchetto-di-emendamenti-al-testo-unificato/>.

¹⁵ Ad esempio, la Toscana ha approvato la legge n. 16 del 2025 con cui si disciplinano le modalità organizzative per l'accesso alle procedure di suicidio medicalmente assistito, ai sensi e per l'effetto delle sentenze della Corte costituzionale n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024. La promulgazione della legge è stata in un primo momento sospesa per effetto di un ricorso presentato dall'opposizione al collegio di garanzia statutaria, il quale, tuttavia, lo ha respinto in data 13 marzo 2025. Successivamente, il Presidente della Regione Toscana ha promulgato la legge regionale in parola. Quest'ultima attualmente è stata impugnata dal Consiglio dei Ministri ed è ora pendente il giudizio di fronte alla Corte costituzionale.

¹⁶ Sul tema, si vedano, con punti di vista differenti, P.F. BRESCIANI, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita. Uno studio su autonomia regionale e prestazioni sanitarie eticamente sensibili*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2024; A. CANDIDO, *Il fine vita tra Stato e Regioni*, in *Giur. Cost.*, 3, 2024, 997, secondo cui consentire alle regioni di legiferare significherebbe lasciare alle regioni la concreta estensione dei casi di esimente penale; C. CARUSO, *Al servizio dell'unità. Perché le Regioni possono disciplinare (con limiti) l'aiuto al suicidio*, in *Piemonte Autonomie*, 1, 2024, 16 ss.; A. COSTANTINI, *Il soccorso di necessità delle regioni in materia di morte medicalmente assistita. I confini penalistici di un intervento costituzionalmente ammissibile*, in *Legislazione Penale*, 15 marzo 2025; L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi*, in *Rivista AIC*, 1, 2024, 392 che qualifica come «inopportuna» l'iniziativa intrapresa da alcune regioni nel silenzio del legislatore statale; M.G. NACCI, *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 *Riv. del Gruppo di Pisa*, 1, 2023; G. RAZZANO, *La legge della regione Toscana sul suicidio assistito: regionalismo differenziato «in un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale»*, in *Giur. Cost.*, 2, 2025, 560 ss.

Mentre il legislatore nazionale sta muovendo i primi passi sul fine vita, il dibattito a livello giurisprudenziale non si è sopito e si è, anzi, esteso: dall'art. 580 c.p. all'art. 579 c.p. Infatti, con l'ordinanza n. 97 del 30 aprile 2025, il Tribunale ordinario di Firenze, quarta sezione civile, ha sollevato, in riferimento agli artt. 2, 3, 13 e 32 della Costituzione, questioni di legittimità costituzionale dell'art. 579 c.p., nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, attui materialmente la volontà suicidaria, autonomamente e liberamente formatasi, 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.

A fronte delle nuove questioni che si stanno delineando a livello giurisprudenziale, è auspicabile un intervento chiarificatore da parte del legislatore nazionale sul tema della possibile introduzione di una disciplina *ad hoc* dell'assistenza medica a morire, che faccia esplicito riferimento a chiare procedure e requisiti di validità. Ciò potrà avvenire attraverso un'opera di bilanciamento tra il diritto all'autodeterminazione della persona malata e il diritto a una tutela effettiva dei pazienti in condizione di sofferenza¹⁷, che solo quel dialogo pacato e ragionato, senza inutili clamori, tra prospettive giuridico-culturali opposte può garantire, per addivenire a un risultato condiviso e duraturo¹⁸, come è accaduto in occasione dell'approvazione della legge n. 219 del 2017.

¹⁷ In questo senso si veda altresì S. CANESTRARI, *Il principio dell'intangibilità del corpo: riflessioni penalistiche sull'habeas corpus contemporaneo*, in *Sistema Penale*, 28 aprile 2025, spec. 11 ss.

¹⁸ Sul punto, si veda D. PULITANÒ, *Problema penale e problemi della laicità*, in S. CANESTRARI; L. STORTONI, (a cura di) *Valori e secolarizzazione nel diritto penale*, Bologna, 2009, 204.

