

Suicidio medicalmente assistito e servizio sanitario nazionale: competenze, limiti e attuazione dei principi della Corte costituzionale

GIULIA PAPA*

Abstract (EN): This article examines the role of public health authorities in implementing the principles articulated by the Italian Constitutional Court on medically assisted suicide, in the absence of a comprehensive national statutory framework. After reconstructing the constitutional background of the right to life and therapeutic self-determination, the article analyses the development of constitutional case law starting from Judgment No. 242/2019, with particular reference to Judgments No. 135/2024 and No. 204/2025. The focus is on the procedural nature of the tasks entrusted to the National Health Service and on the constitutional limits of regional regulatory intervention, highlighting the need for national legislation capable of ensuring uniform application and legal certainty.

Sommario: 1. La vita come principio fondamentale. – 2. I problemi del suicidio assistito nella giurisprudenza costituzionale. – 2.1. La sentenza 242/2019 e la possibilità di inquadrare la decisione come fonte normativa. – 2.2. La giurisprudenza successiva. – 3. Il ruolo del Servizio sanitario nazionale nell’attuazione della giurisprudenza costituzionale in materia di suicidio medicalmente assistito. – 3.1. La configurazione giuridica della posizione di chi accede alle pratiche di suicidio assistito. – 4. Questioni problematiche sull’ammissibilità della legislazione regionale. – 5. Considerazioni di riepilogo e conclusioni.

Data della pubblicazione sul sito: 8 settembre 2026

Suggerimento di citazione

G. PAPA, *Suicidio medicalmente assistito e servizio sanitario nazionale: competenze, limiti e attuazione dei principi della Corte costituzionale*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2, 2026. Disponibile in: www.forumcostituzionale.it.

* Dottoressa di ricerca in “Imprese, Istituzioni e Comportamenti” nell’Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale. Indirizzo mail: giuliapapa@live.it.

1. La vita come principio fondamentale

La vita, quale valore fondamentale del costituzionalismo democratico liberale, non è riconosciuta espressamente nella Costituzione a differenza di altre Carte costituzionali o europee¹. È indubbio però che la vita sia provvista di una sua assoluta centralità nell'ordinamento costituzionale italiano e possa essere ritenuta un "bene costituzionale implicito" o un valore/principio presupposto dalla Carta fondamentale².

Infatti, il principio personalista *ex* art. 2 Cost., ponendo la persona al centro della società, non può che riferirsi altresì alla tutela della sua vita. Inoltre, il riconoscimento dei diritti fondamentali dell'individuo presuppone la vita stessa per poterli esercitare, così come il pieno sviluppo della personalità dell'individuo richiede che egli sia in vita per potersi dispiegare³.

La riconducibilità del diritto alla vita nell'ambito dei diritti inviolabili della persona non è pertanto solo conseguenza della lettura "aperta" del catalogo dei diritti fondamentali⁴, ma discende direttamente dall'esegesi sistematica dell'art. 2 Cost. che presuppone e tutela il diritto alla vita, in quanto primo dei diritti e preconditione per il godimento delle altre posizioni giuridiche soggettive⁵.

¹ Si pensi ad esempio all'art. 15 della Costituzione spagnola, all'art. 2 della Costituzione tedesca, all'art. 24 della Costituzione portoghese, all'art. 2 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione europea o all'art. 2 della CEDU.

² Alcuni diritti, infatti, sebbene non siano espressamente menzionati nel testo costituzionale, si possono desumere dall'interpretazione sistematica della Costituzione e dal riconoscimento dei diritti inviolabili dell'uomo di cui all'art. 2 Cost., permettendo di estendere la tutela costituzionale alle nuove esigenze sociali e giuridiche. Sul punto v. Corte cost. sentt. nn. 54/1979, 223/1996, 35/1997. In dottrina P. BILANCIA, *La vita come valore fondamentale e principio costituzionale*, in *Dirittifondamentali.it*, 2, 2025, 71.

³ Corte cost., sent. n. 219/2019, *Considerato in diritto*, par. 2.2: «Dall'art. 2 Cost. – non diversamente che dall'art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire. Che dal diritto alla vita, garantito dall'art. 2 CEDU, non possa derivare il diritto di rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire, è stato, del resto, da tempo affermato dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, proprio in relazione alla tematica dell'aiuto al suicidio (sentenza 29 aprile 2002, *Pretty contro Regno Unito*)».

⁴ V. F. MODUGNO, *I "nuovi diritti" nella giurisprudenza costituzionale*, Torino, 1995; A. BARBERA, *Commento all'art. 2*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Bologna-Roma, 1975.

⁵ Sul punto v. A.M. SANDULLI, *La sperimentazione clinica sull'uomo (profili costituzionali)*, in *Diritto e società*, 1978, 673; F. VARI, *Ancora in tema di assistenza al suicidio ed eutanasia*, in *Consulta Online*, 2, 2025, 519.

A seguito dello sviluppo della medicina e della tecnologia è possibile mantenere le funzioni vitali in modo artificiale ricorrendo a tecnologie “esterne” in condizioni anche molto critiche: si pensi per esempio alla totale dipendenza da macchinari per la propria sopravvivenza (come nel caso di respiratori), o ai casi dell'alimentazione e dell'idratazione in assenza di capacità cognitiva, o alla sopravvivenza con capacità cognitiva ma in assenza di qualsivoglia abilità fisiologica. In tali situazioni, alcuni Stati hanno regolato le fasi liminari dell'esistenza dell'uomo, permettendo al soggetto, in alcuni specifici casi, di porre fine alla propria vita, mentre altri continuano a vietare ogni forma di eutanasia “attiva” o di suicidio assistito, qualificando penalmente rilevanti condotte come l'istigazione al suicidio e l'assistenza al suicidio⁶.

⁶ Per un'ampia rassegna del quadro internazionale dei regimi del fine vita v. il dossier del Servizio Studi, Area di diritto comparato, della Corte costituzionale, *Decisioni di fine vita e assistenza al suicidio*, aggiornato al maggio 2024, a cura di P. PASSAGLIA, con contributi di E. CATERINA, G. DELLEDONNE, R. FELICETTI, A. GIANNACCARI, C. GUERRERO PICÓ, S. PASETTO, M.T. RÖRIG, C. TORRISI, che analizza la regolamentazione delle decisioni sul fine vita e dell'ausilio al suicidio in Australia, Austria, Belgio, Canada, Colombia, Ecuador, Francia, Germania, India, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti, Svizzera e Uruguay. Nello studio si evidenzia che «a fianco di ordinamenti connotati da una forte accentuazione dell'autodeterminazione, che ha rappresentato la base per il riconoscimento di ampie possibilità di ricorrere alla «morte su richiesta» (immediata o differita, attraverso direttive anticipate), anche nella forma eutanassica attiva (Belgio, Canada, Colombia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo – quando la nuova legge sarà entrata in vigore –, Spagna), si collocano sistemi nei quali la rinunciabilità al bene della vita è fortemente limitata, e comunque inquadrata entro schemi piuttosto rigidi, dai quali si evince la eccezionalità delle condizioni che legittimano l'esercizio di tale facoltà di rinuncia (ammesso che di una vera e propria facoltà possa parlarsi): è il caso delle esperienze di *common law*, con l'eccezione di alcuni stati membri degli Usa e – di recente – della maggioranza degli stati australiani (oltre che, ovviamente, del Canada), ma anche della Francia. Tra due poli di ordinamenti così delineati si collocano quelli in cui la regolamentazione del fine vita si caratterizza per una moderata apertura. Una tale apertura può tradursi nel senso di un riconoscimento, non solo dell'eutanasia passiva, ma anche – al sussistere di certi presupposti, sovente piuttosto stringenti – del suicidio assistito (il riferimento va alla Svizzera, nonché ad alcuni stati membri degli Usa e, di recente, alla maggioranza degli stati australiani); probabilmente in questa categoria di sistemi di può collocare quello tedesco, sebbene l'assenza di una compiuta disciplina legislativa renda piuttosto problematico un inquadramento preciso. In una diversa prospettiva, l'apertura dei soggetti coinvolti di cui sopra si è manifestata, altrove, nella previsione di una specifica causa di estinzione del reato per l'omicidio *pietatis causa* (il riferimento va all'ordinamento uruguayano, dove, però, la prassi mostra un utilizzo estremamente circoscritto della previsione legislativa)».

Per molto tempo il tema non è stato sottoposto all'attenzione del Parlamento italiano, da un lato per motivi religiosi basati sulla "sacralità" della vita dell'uomo, e dall'altro per la nota incapacità del legislatore di farsi carico dei problemi legati alle trasformazioni della società. Allo stesso tempo, bisogna notare che la dimensione costituzionale del diritto alla vita non è immune da influenze esterne: sia il diritto dell'Unione Europea, sia la C.E.D.U. hanno indicato delle coordinate ermeneutiche imprescindibili per delineare il quadro giuridico in materia di tutela della vita umana⁷. L'ordinamento italiano, nel recepire tali impulsi, si è pertanto progressivamente orientato verso una lettura sistemica e multilivello dei diritti fondamentali, nella quale il diritto alla vita è fondante, ma non intangibile quando entra in conflitto con il diritto di autodeterminazione della persona.

In questo quadro di riferimento, è stato interpretato in senso evolutivo l'art. 32 Cost. che riconosce il diritto alla salute e il diritto di scegliere se, come e dove curarsi e, dunque, anche il diritto a rifiutare le cure. Da qui è stato ricavato altresì il diritto alla c.d. "eutanasia passiva", e cioè il diritto della persona che sia tenuta in vita da trattamenti terapeutici di chiedere l'interruzione delle cure. Si tratta, in tali ipotesi, non di suicidio assistito, ma di esercizio del diritto di rifiutare le cure ai sensi dell'art. 32 Cost.

Più precisamente, una prima serie di pronunce (di cui è emblematica quella nel "caso Welby"), ha chiarito che il soggetto afflitto da patologia irreversibile, incapace di distaccarsi autonomamente dalle macchine che lo tengono in vita, può esercitare il diritto a rifiutare le cure per interrompere il trattamento, con la conseguenza che il medico che materialmente provvede al distacco va esente da responsabilità penale, nella misura in cui egli agisce per garantire l'esercizio del diritto del paziente⁸. Il giudice di merito ha affermato, al riguardo, che «l'individuo può rifiutare trattamenti medici e la sua volontà consapevole deve essere rispettata anche allorquando il rifiuto riguardi terapie salvavita, e tutto ciò vale non solo nel

⁷ Rispettivamente all'art. 2 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea e all'art. 2 della C.E.D.U. Per un commento a quest'ultimo, v.: R. BIFULCO, *Esiste un diritto al suicidio assistito nella CEDU?*, in *Quaderni costituzionali*, 1, 2003; U. ADAMO, *Il diritto convenzionale in relazione al fine vita (eutanasia, suicidio medicalmente assistito e interruzione di trattamenti sanitari prodotti di una ostinazione irragionevole)*. Un'analisi giurisprudenziale sulla tutela delle persone vulnerabili, in *Rivista AIC*, 2, 2016; D. SERVETTI, *Dopo Charlie e gli altri "casi Gard", ripartiamo da alcune domande*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2018.

⁸ Per un commento alla vicenda: A. PIZZORUSSO, *Il caso Welby: il divieto di non liquet*, in *Quaderni costituzionali*, 2, 2007; P. VERONESI, *Sul diritto a rifiutare le cure salvavita prima e dopo il caso "Welby" - una replica*, in *Studium iuris*, 10, 2008; F. VIGANÒ, *Esiste un diritto a "essere lasciati morire in pace"? Considerazioni a margine del caso Welby*, in *Rivista italiana di diritto processuale penale*, 2007; V. POCAR, *Il caso di Piergiorgio Welby e il diritto di autodeterminazione del malato*, in *I diritti dell'uomo*, 2, 2007.

rapporto tra Stato e cittadini, ma anche tra privati, e cioè tra il paziente e il suo medico, che dovrà attenersi alla volontà del malato come regola generale»⁹.

Successivamente (di cui è emblematica, invece, la decisione assunta dall'autorità giudiziaria nel "caso Englaro"), l'impostazione in esame è stata estesa anche al soggetto affetto da patologia irreversibile, tenuto in vita da trattamenti terapeutici, e che sia altresì incapace di autodeterminarsi e di esprimere un consenso (o un dissenso) valido (ad esempio perché in stato neurovegetativo irreversibile). In tali ipotesi, il diritto di rifiutare le cure può essere esercitato dai familiari per conto del soggetto interessato, laddove questi avesse, in un tempo precedente, chiaramente indicato la propria volontà in tal senso¹⁰.

Il legislatore si è di conseguenza allineato con le più avanzate frontiere di tutela del diritto alla salute e all'autodeterminazione del paziente raggiunte dalla giurisprudenza, ed è questa, del resto, la *ratio* ispiratrice della legge in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento¹¹ che si basa sulla relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico (estrinsecata nel consenso informato) nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico, come strumento per garantire il diritto di ciascuna persona di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi¹². Espressive di tali principi sono, per esempio, la regolamentazione della sedazione profonda e il rigetto per il cosiddetto "accanimento terapeutico", ossia l'insistenza in cure inutili e/o sproporzionate rispetto alle esigenze e alle effettive prospettive di guarigione o agli effetti benefici attesi per il paziente.

Rimaneva solo da chiarire la situazione dei malati affetti da gravi patologie che non lascino spazio per alcun miglioramento delle proprie condizioni psicofisiche, che causino sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili e che siano mantenuti in vita da trattamenti di sostegno la cui interruzione non porterebbe immediatamente alla morte. Per colmare questa lacuna è intervenuta la Corte costituzionale tracciando un'area di non punibilità intorno al suicidio assistito, pur dichiarando che non disciplina compiutamente la materia. Emerge come da questo intervento

⁹ G.U.P. Trib. Roma – 23 luglio 2007 (dep. 17 ottobre 2007), n. 2049/07 sul "caso Welby".

¹⁰ V. la ricostruzione di P. BILANCIA, *La vita come valore fondamentale e principio costituzionale*, cit., 76.

¹¹ Legge 22 dicembre 2017, n. 219

¹² P. BILANCIA, *La vita come valore fondamentale e principio costituzionale*, cit., 77.

la Corte abbia assunto un ruolo surrogatorio di un legislatore che tace, dettando indicazioni sempre più precise e vincolanti.

Accanto a tale profilo emerge un secondo ordine di problemi: quale posizione giuridica viene effettivamente riconosciuta al paziente?¹³ La difficoltà è nel fatto che non siamo in presenza di un diritto soggettivo pieno¹⁴, caratterizzato da libertà di azione assoluta e correlativo dovere altrui di astensione. Piuttosto, essa si configura come una posizione composita e condizionata: da un lato, profili di libertà individuale e autodeterminazione terapeutica (art. 32 Cost.), dall'altro, stringenti pretese procedurali e garanzie di verifica delle condizioni sostanziali stabilite dalla Corte stessa. In altri termini, il paziente non gode di un diritto incondizionato a ricevere l'assistenza, ma di una situazione giuridicamente tutelata subordinata al superamento di una complessa sequenza di verifiche amministrative e sanitarie.

2. I problemi del suicidio assistito nella giurisprudenza costituzionale

La giurisprudenza costituzionale, anche recente, è intervenuta in modo significativo in materia di fine vita, nel tentativo di bilanciare il diritto all'autodeterminazione personale con il dovere dello Stato di tutelare la vita dell'individuo. La Corte costituzionale ha in plurime occasioni ribadito che il diritto alla vita costituisce il principio fondante dell'ordinamento, in quanto "primo dei diritti inviolabili dell'uomo"¹⁵ e presupposto per l'esercizio di ogni altro diritto.

Tale impostazione è stata confermata, tra l'altro, nella sent. n. 50/2022, relativa all'inammissibilità del referendum per l'abrogazione parziale dell'art. 579 c.p. (Omicidio del consenziente)¹⁶. In tale occasione la Corte ha ricordato che dal diritto alla vita discende «il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire»¹⁷. Di conseguenza, non è configurabile nel nostro ordinamento un diritto generalizzato a porre fine alla

¹³ Per un inquadramento giuridico della procedura di suicidio medicalmente assistito: E. TALARICO, *Suicidio medicalmente assistito. La posizione del richiedente tra diritto soggettivo e interesse legittimo*, in *Biolaw Journal*, 2, 2026.

¹⁴ M. ESPOSITO, "Morte a credito": riflessioni critiche sul c.d. diritto al suicidio assistito, in *federalismi.it*, 12 giugno 2024, 110.

¹⁵ Corte cost., sent. n. 223/1996.

¹⁶ Il quesito referendario era il seguente: «Volete voi che sia abrogato l'art. 579 del Codice penale, approvato con regio decreto 19 ottobre 1930, n. 1398, comma 1 limitatamente alle seguenti parole "la reclusione da sei a quindici anni"; comma 2 integralmente; comma 3 limitatamente alle seguenti parole "Si applicano"?».

¹⁷ Corte cost., sent. n. 50/2022, *Considerato in diritto*, par. 5.2.

propria vita¹⁸. Per questo motivo, il dibattito sull'ammissibilità del suicidio assistito rimaneva di difficile soluzione, anche in assenza di una definizione normativa univoca¹⁹.

2.1 *La sentenza 242/2019 e la possibilità di inquadrare la decisione come fonte normativa*

L'intervento decisivo della Corte sul tema è rappresentato dalla sent. n. 242/2019²⁰, che ha dichiarato illegittimo l'art. 580 c.p., nella parte in cui non esclude la punibilità di chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio di una persona "tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale" (TSV) affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli. La Corte ha inoltre stabilito che tali condizioni e modalità di esecuzione devono essere verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente²¹.

Si tratta di una sentenza manipolativa additiva, con cui la Consulta ha di fatto "scritto" in prima persona, in assenza di una disciplina legislativa, la norma che disciplina il suicidio assistito, evitando di lasciare un vuoto normativo che ne

¹⁸ Corte cost., sent. n. 242/2019.

¹⁹ Il suicidio medicalmente assistito si riferisce ad una procedura in base alla quale un medico prescrive o fornisce a una persona il farmaco che ne provochi la morte, farmaco che il soggetto assume in maniera autonoma. Viene spesso utilizzato come sinonimo di eutanasia, che consiste nell'atto di procurare intenzionalmente e nel suo interesse la morte di una persona che lo richiede espressamente. Altra differenza sussiste con la sedazione palliativa, che è la riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, per ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il soggetto, sebbene siano utilizzati mezzi opportuni per controllare il sintomo che risulta quindi refrattario.

²⁰ Per un commento alla sentenza: L. D'AVACK, *L'aiuto al suicidio medicalizzato sotto il controllo della Corte costituzionale*, in *Paper di BioDiritto*, 2020; L. BUSATTA, *Il caso Cappato e la decisione della Corte costituzionale: quando chiedere è lecito, in attesa di una legge*, in *Rivista Italiana di Cure Palliative*, 1, 2020; G. BATTISTELLA, *Il diritto all'assistenza medica a morire tra l'intervento «costituzionalmente obbligato» del Giudice delle leggi e la discrezionalità del Parlamento. Spunti di riflessione sul seguito legislativo*, in *Osservatorio AIC*, 1, 2020.

²¹ La Corte d'Assise di Milano denunciava l'art. 580 c.p. ove punisce anche le condotte di aiuto al suicidio che, pur agevolando in «qualsiasi modo l'esecuzione», non contribuiscono a determinare o a rafforzare il proposito della vittima, ipotesi in cui ricadrebbe «l'aiuto» a morire prestato da Marco Cappato a Fabiano Antoniani ("DJ Fabo"), accompagnato dal primo presso la clinica in Svizzera per morire attraverso l'assunzione del farmaco letale.

sarebbe derivato nel caso in cui essa si fosse limitata ad annullare *in toto* l'art. 580 c.p. In pratica la Corte, lungi dal rimanere nella posizione di "custode della Costituzione" ha tracciato un'area di non punibilità dell'aiuto al suicidio, operando così una ridefinizione sostanziale dello spazio della legalità penale, sebbene formalmente dichiarasse di non esercitare una funzione normativa.

La Corte, nelle motivazioni in diritto, ha subito chiarito che non sarebbe stato possibile dichiarare incostituzionale l'art. 580 c.p. "in assoluto", poiché il reato di aiuto al suicidio non contrasta, in linea generale, con la Costituzione o con la CEDU²². Tuttavia, ha individuato una zona di non conformità costituzionale, limitata ai casi in cui «l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unico modo per sottrarsi, secondo le proprie scelte individuali, 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.»²³. Per assicurare il rispetto delle competenze che spettano a ciascun organo costituzionale, in conclusione la Corte ha ribadito «con vigore l'auspicio che la materia 'formasse oggetto' di sollecita e compiuta disciplina da parte del legislatore, conformemente ai principi enunciati»²⁴.

La sent. n. 242/2019 rappresenta uno snodo decisivo per il modo in cui la Corte ha deciso di operare, dando luogo, in realtà, ad una nuova, norma. La pronuncia non si limita, infatti, a espungere dall'ordinamento una disposizione incompatibile con la Costituzione, ma interviene sul contenuto della fattispecie penale attraverso una dichiarazione di incostituzionalità parziale, individuando contestualmente le condizioni in presenza delle quali la condotta di aiuto al suicidio non può essere punita. Questo metodo ermeneutico pone una questione relativa alle fonti del diritto perché consente formalmente al giudice delle leggi di negare una propria competenza di carattere normativo, mentre egli delimita con estrema precisione uno spazio di azione che vincola il legislatore che non può estendere la punibilità oltre il perimetro tracciato e l'amministrazione sanitaria che deve accertare i presupposti indicati seguendo il procedimento delineato. Tracciando i confini entro cui il Parlamento può muoversi senza violare i diritti fondamentali, si incorre in un evidente rischio, perché i principi enunciati dalla Consulta acquisiscono un valore normativo equiparabile a quello della legge ordinaria²⁵, senza però passare

²² La Corte d'Assise di Milano ha sollevato questione di costituzionalità dell'art. 580 c.p. ritenendo tale norma contrastante con gli artt. 2, 13 comma 1 e 117 Cost. (quest'ultimo in relazione agli artt. 2 e 8 della CEDU secondo l'interpretazione della Corte di Strasburgo).

²³ Corte cost., sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, par. 2.5.

²⁴ Corte cost., sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, par. 9.

²⁵ F. POLITI, *La sentenza n. 242 del 2019 ovvero della rarefazione del parametro costituzionale e della fine delle "rime obbligate"? Un giudizio di ragionevolezza in una questione di costituzionalità eticamente (molto) sensibile*, in *dirittifondamentali.it*, 2, 2021,

per il procedimento legislativo democratico e senza godere della medesima legittimazione rappresentativa. Si tratta, dunque, di una pronuncia che produce un effetto innovativo nell'ordinamento, pur senza assumere la forma della legge e senza poter essere ricondotta, in senso proprio, al sistema delle fonti primarie.

Il problema non è pertanto quello di qualificare la sentenza come una fonte legislativa in senso formale, quanto di riconoscere la peculiare efficacia normativa che alcune pronunce costituzionali posso assumere quando, attraverso l'illegittimità parziale di una disposizione, definiscono direttamente il contenuto della disciplina applicabile. Ciò non significa, tuttavia, che le pronunce possano essere assimilate tout court alla legge quale fonte di disciplina generale. La loro efficacia normativa è infatti il risultato dell'esercizio della funzione di controllo di costituzionalità e rimane collegata alla specifica questione sottoposta alla Consulta e ai parametri costituzionali utilizzati.

2.2 *La giurisprudenza successiva*

Negli anni successivi la giurisprudenza costituzionale ha progressivamente consolidato e chiarito i principi di diritto enunciati nella sent. n. 242/2019. Nel perdurante silenzio del legislatore sul tema del suicidio assistito, con la sent. n. 135/2024²⁶ la Corte ha confermato e meglio definito i requisiti per accedere al suicidio medicalmente assistito, affidando al servizio sanitario nazionale e, in caso di controversia, al giudice il compito di interpretare²⁷, caso per caso, la sussistenza delle condizioni richieste in conformità alla *ratio* della sent. n. 242/2019, in

659: «A quest'ultimo proposito se deve prendere atto che l'esplicito "contenuto normativo" della sent. n. 242/2019 rende difficile d'ora innanzi richiamare la dottrina delle rime obbligate».

²⁶ Il GIP è stato chiamato a decidere sulla richiesta di archiviazione presentata dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Firenze nei confronti di tre soggetti per il reato di cui all'art 580 c.p. per aver organizzato e poi accompagnato materialmente un malato presso la clinica in Svizzera dove lo stesso è morto a seguito del suicidio assistito. In particolare, il paziente era affetto da sclerosi multipla che nel 2021 era peggiorata progressivamente fino ad arrivare all'impossibilità a muoversi dal letto, con totale immobilizzazione anche degli arti superiori, salvo una residua capacità di usare il braccio destro. Il soggetto non era sottoposto a TSV, ma iniziava a maturare il proprio proposito di interrompere la propria vita per le sofferenze che derivavano dalla malattia. Per questo motivo è stato trasportato presso la clinica in Svizzera da due imputati e nel 2022, utilizzando il braccio destro, assumeva per via orale il farmaco letale.

²⁷ La decisione della Corte, che, formalmente, è un'interpretativa di rigetto, pur apparendo meno dirompente di quanto avrebbe potuto essere, apre a un ulteriore margine di discrezionalità per i giudici.

particolare con riferimento al TSV²⁸. Il metodo adottato dalla Corte questa volta non è quello dell'addizione normativa, ma quello dell'interpretazione "autentica" di quanto affermato²⁹. In mancanza di una definizione normativa chiara, la Corte interpreta estensivamente il concetto di TSV che era al centro della questione di costituzionalità sollevata dal Gip di Firenze, giungendo, in questo modo, ad un risultato pratico molto vicino agli effetti che potevano derivare dall'accoglimento della questione di legittimità³⁰.

I giudici costituzionali, ribadendo che nella sent. n. 242/2019 non è stato riconosciuto un generico diritto di porre fine alla propria vita, bensì quello di rifiutare un TSV (c.d. autodeterminazione terapeutica), ha specificato che rientrano tra i TSV anche procedure meno invasive della dipendenza da macchinari o terapie (come, ad esempio, l'evacuazione manuale o l'aspirazione del muco)³¹. Pertanto, riconoscendo il diritto fondamentale del paziente di rifiutare qualsiasi trattamento sanitario, la Corte ha incluso nei TSV anche procedure generalmente effettuate dal personale sanitario, ma che potrebbero essere apprese anche da familiari o "caregivers" che assistono il paziente, sempre che la loro interruzione comporti prevedibilmente la morte del paziente in poco tempo.

La Corte ha, così, valorizzato il principio di autodeterminazione terapeutica del paziente (art. 32 Cost.), ma ha al contempo ribadito l'importanza di bilanciare tale libertà e il dovere di tutela della vita, per evitare abusi o pressioni su soggetti fragili o vulnerabili. Anche in questa occasione la Corte ha rimarcato che il compito di individuare tale punto di equilibrio spetta al legislatore, che la Corte auspica intervenga quanto prima «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

²⁸ Corte cost., sent. n. 135/ 2024, *Considerato in diritto*, par. 9: «L'eventuale mancata autorizzazione alla procedura, da parte delle strutture del servizio sanitario pubblico, ben potrà essere impugnata di fronte al giudice competente, secondo le regole ordinarie».

²⁹ O. SPATARO, *Lo stato giuridico del fine vita tra giurisprudenza costituzionale e legislazione regionale*, in *dirittifondamentali.it*, 1, 2025, 248; S. CURRERI, *Suicidio assistito: non ancora un diritto*, in *l'Unità*, 23 luglio 2024; 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*, 3, 2024, 17; A. PUGIOTTO, *Caso Cappato-bis: l'altra faccia della sent. n. 135/2024*, in *Quaderni Costituzionali*, 4, 2024, 791 ss.; F. VIVALDELLI, «Questa Corte intende qui integralmente confermare». *Note a margine di Corte costituzionale n. 135/2024 in tema di trattamenti di sostegno vitale e aiuto al suicidio*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2024, 217 ss.

³⁰ O. SPATARO, *Lo stato giuridico del fine vita tra giurisprudenza costituzionale e legislazione regionale*, cit., 248-249.

³¹ Nella nozione di TSV rientrano inoltre i respiratori meccanici e anche le terapie farmacologiche o i trattamenti in assenza dei quali il paziente morirebbe.

palliative appropriate per controllare la loro sofferenza, secondo quanto previsto dalla legge n. 38 del 2010».

Bisogna rilevare comunque che la discrezionalità legislativa si restringe sempre di più: a prescindere dalla trasposizione legislativa delle decisioni già adottate dal giudice delle leggi, con le integrazioni e i completamenti necessari, una legge di diverso contenuto rischia di porsi in contrasto con i principi affermati dalla giurisprudenza costituzionale³². La sent. n. 135/2024 rappresenta dunque un'altra conferma del ruolo normativo³³ che si è assunto la Corte costituzionale in materia di fine vita. La Corte quantomeno tiene a sottolineare che il proprio compito nell'ordinamento non è quello di sostituirsi alle Camere, bensì di indicare i confini entro cui il Parlamento può legittimamente esercitare la propria discrezionalità.

Ulteriori precisazioni circa l'ambito applicativo della sent. n. 242/2019 sono intervenute con le sentt nn. 66 e 132/2025 della Corte costituzionale, riguardanti la disciplina dell'aiuto al suicidio di cui all'art. 580 c.p. come risultante dalla precedente giurisprudenza costituzionale.

Con la sent. n. 66/2025³⁴, la Corte è stata chiamata a pronunciarsi su una questione di legittimità costituzionale sollevata dal GIP di Milano nell'ambito di

³² Ha suscitato perplessità la presentazione del d.d.l. A.S. 1083, che riduce la pena se chi aiuta al suicidio convive stabilmente con il malato e agisce in stato di grave turbamento determinato dalla sofferenza altrui; il medesimo d.d.l. interviene sulla l. n. 219/2017, negando la possibilità di sospendere l'idratazione e l'alimentazione forzata, e ledendo in questo modo l'art. 32 Cost. e il giudicato costituzionale.

³³ Parte della dottrina ha interpretato l'intervento della Corte costituzionale non come esercizio di una funzione normativa, ma piuttosto come una forma di supplenza temporanea rispetto all'inerzia del legislatore, destinata a sollecitare un intervento parlamentare in una materia connotata da elevata discrezionalità politico-legislativa; v., tra gli altri: A. RUGGERI, *Fine-vita (problemi e prospettive)*, in *Consulta Online*, 30 gennaio 2023, 117; G. SILVESTRI, *Legge (controllo di costituzionalità)*, in *Digesto delle Discipline Pubblicistiche*, IX, Torino, 1994, 32; *Relazione del Presidente Giorgio Lattanzi sull'attività svolta nel 2018*, Roma, Palazzo della Consulta, 21 marzo 2019, reperibile in www.cortecostituzionale.it; 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 *Rivista AIC*, 23 dicembre 2019, 301.

³⁴ Per un commento alla sentenza: A.R. VITALE, *La perimetrazione costituzionale della disciplina della morte assistita alla luce della sentenza n. 66 del 2025 come problema biogiuridico*, in *Consulta Online*, II, 2025; M. FASAN, *Una disciplina in cerca d'autore. Le scelte di fine vita nel dialogo tra Corte costituzionale e Legislatore (nota a Corte costituzionale, sentenza n. 66 del 2025)*, in *Osservatorio AIC*, 5, 2025; M.E. BUCALO, L. CRAXÌ, *La Corte costituzionale si ferma: riflessioni su requisiti sostanziali, garanzie procedurali e centralità delle tutele a partire dalla sentenza n. 66 del 2025*, in *BioLaw Journal*, 4, 2025; M. PANEBIANCO, *Il seguito della giurisprudenza costituzionale sul fine vita: considerazioni a*

un procedimento penale relativo a un caso di suicidio medicalmente assistito. Il giudice rimettente dubitava della legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p., nella parte in cui, anche alla luce della sent. n. 242/2019, continua a prevedere la punibilità della condotta di chi agevola l'altrui suicidio quando la persona che richiede assistenza non sia tenuta in vita da TSV. Secondo il rimettente, il requisito della dipendenza da tali trattamenti, muovendo da un'idea di autodeterminazione della persona priva di limiti³⁵, determinerebbe una disparità di trattamento tra soggetti affetti da condizioni cliniche egualmente gravi ma non sottoposti a sostegno vitale.

La Corte ha dichiarato non fondate le questioni sollevate, ritenendo che il requisito del sostegno vitale non sia costituzionalmente irragionevole. Secondo la Consulta tale requisito costituisce il risultato di un bilanciamento tra diversi valori costituzionali, tra cui la tutela della vita, la protezione delle persone vulnerabili e il rispetto dell'autodeterminazione individuale. La Corte ha inoltre ribadito che l'individuazione di eventuali ulteriori ipotesi di non punibilità o di accesso al suicidio medicalmente assistito rientra nella discrezionalità del legislatore, cui spetta definire una disciplina organica della materia.

Sulla stessa scia giurisprudenziale si colloca poi la sent. n. 132/2025³⁶ con cui la Corte costituzionale ha ribadito che l'impianto della sent. n. 242/2019 non ha introdotto un diritto generale al suicidio medicalmente assistito, ma ha esclusivamente individuato una circoscritta area di non punibilità della condotta di aiuto al suicidio in presenza di determinate condizioni rigorosamente definite. La Corte ha sottolineato, ancora una volta, che la propria giurisprudenza non può essere interpretata come fonte di una disciplina compiuta del fine vita, né come base per un ampliamento giurisprudenziale dell'area della non punibilità. Tale

partire dalla sentenza della corte costituzionale del 26 marzo 2025, n. 66, in Nomos Le attualità nel diritto, 3, 2025.

³⁵ A. RUGGERI, voce *Autodeterminazione (principio di)*, in *Digesto delle Discipline Pubblicistiche*, Agg. VIII (2021), 10: l'autodeterminazione «va incontro a limiti, senza i quali ancora una volta non vi sarebbe né persona, né società, l'una e l'altra nell'accezione costituzionale del termine».

³⁶ Per un commento alla sentenza: P. BECCHI, *Un commento alla sentenza n. 132 del 2025 della Corte costituzionale nel giudizio di legittimità dell'art. 579 del Codice penale e una proposta alternativa*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 3, 2025; G. LUCCIOLI, *Gli equilibrismi della Corte costituzionale e della giurisprudenza di merito sul "diritto" all'aiuto al suicidio. E il Parlamento latita...*, in *Giustizia Insieme*, 27 ottobre 2025; 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*, 6, 2025; F.G. CAMPODONICO, *Fine vita e suicidio medicalmente assistito: dalla sentenza n. 242 del 2019 alla recentissima sentenza n. 132 del 2025*, *Federalismi.it*, 30, 2025.

affermazione è teoricamente rilevante sul piano concettuale in quanto un conto è definire un'area di non punibilità, altro è riconoscere un diritto soggettivo esigibile.

Infine, un rilevante sviluppo si è avuto con la sent. n. 204/2025³⁷ della Corte costituzionale, chiamata a pronunciarsi questa volta sulla legittimità di un intervento normativo regionale³⁸ volto a dare attuazione ai principi enunciati nella sent. n. 242/2019. In particolare, la Corte è stata investita del giudizio di legittimità costituzionale di alcune disposizioni della legge della Regione Toscana recanti procedure e condizioni per la verifica dei presupposti individuati dalla giurisprudenza costituzionale ai fini della non punibilità dell'aiuto al suicidio. Le norme impugnate prevedevano, tra l'altro, l'istituzione di una procedura amministrativo-sanitaria finalizzata all'accertamento delle condizioni indicate dalla

³⁷ Per un commento alla sentenza: A. RUGGERI, *La "regionalizzazione" della disciplina del fine-vita: un bicchiere mezzo pieno per le fonti di autonomia e mezzo vuoto per la Costituzione (a prima lettura di Corte cost. n. 204 del 2025)*, in *Consulta Online*, I, 2026.

³⁸ La Regione Toscana ha approvato la l. n. 16/2025 con la quale, «nell'esercizio delle proprie competenze in materia di tutela della salute, e in attuazione di una sentenza immediatamente esecutiva», procede a dettare norme a carattere organizzativo e procedurale per disciplinare in modo uniforme sul proprio territorio l'esercizio delle funzioni che la giurisprudenza costituzionale attribuisce alle aziende sanitarie in materia di suicidio medicalmente assistito, in particolare attraverso le sentenze n. 242/2019 e 135/2024. In particolare, dopo aver affermato che «[...] possono accedere alle procedure relative al suicidio medicalmente assistito le persone in possesso dei requisiti indicati dalle sentenze delle Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024, con le modalità previste dagli articoli 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219» (art. 2), la legge prevede la presentazione da parte dell'interessato (o di un suo delegato) di un'istanza all'azienda unità sanitaria locale competente per territorio, istanza che va poi trasmessa tempestivamente sia alla cd. Commissione permanente (disciplinata dall'art. 3) sia al Comitato per l'etica clinica (art. 4). Quanto ai tempi, l'art. 4-*bis* prevede che la procedura di valutazione dei requisiti debba concludersi entro 20 giorni dal ricevimento dell'istanza. In caso di esito positivo della verifica dei requisiti, la Commissione procede per la definizione delle modalità di attuazione del suicidio medicalmente assistito tramite l'approvazione di un protocollo, sottoposto successivamente anche all'approvazione del Comitato etico. La procedura si conclude entro dieci giorni dall'invio della comunicazione al soggetto interessato circa gli esiti della valutazione (art. 4-*ter*). Entro sette giorni dalla comunicazione dell'approvazione di tale protocollo, l'azienda unità sanitaria locale assicura «[...] il supporto tecnico e farmacologico nonché l'assistenza sanitaria per la preparazione all'autosomministrazione del farmaco autorizzato. L'assistenza è prestata dal personale sanitario su base volontaria ed è considerata come attività istituzionale da svolgersi in orario di lavoro» (art. 4-*quater*). Inoltre, la prestazione è gratuita per chi vi accede. Infine, si specifica le prestazioni e i trattamenti di cui trattasi costituiscono un livello di assistenza sanitaria superiore rispetto ai livelli essenziali di assistenza e, pertanto, la Regione vi fa fronte con risorse proprie.

sent. n. 242/2019 e alla conseguente possibilità di accedere alla pratica del suicidio medicalmente assistito all'interno del servizio sanitario regionale.

La Corte ha dichiarato l'illegittimità costituzionale delle disposizioni impugnate, ritenendo che esse incidessero su un ambito riconducibile alla materia dell'ordinamento penale, riservata alla competenza legislativa esclusiva dello Stato ai sensi dell'art. 117, co. 2, lett. l), Cost. Secondo la Consulta, infatti, la delimitazione delle ipotesi di non punibilità dell'aiuto al suicidio, quale risultante dall'art. 580 c.p. alla luce della sent. n. 242/2019, costituisce parte integrante della disciplina penale e non può essere oggetto di interventi normativi regionali. Nel motivare la propria decisione, la Corte ha altresì precisato che la propria giurisprudenza sul suicidio medicalmente assistito non può essere intesa come fonte autosufficiente di una disciplina generale, né come base per l'introduzione a livello regionale di un sistema normativo volto a regolare compiutamente l'accesso a tale pratica. Le condizioni individuate nella sentenza n. 242/2019, infatti, delimitano esclusivamente l'area della non punibilità della condotta di aiuto al suicidio, ma non costituiscono una disciplina normativa completa idonea a fondare autonomamente un sistema regolatorio. La sent. n. 204/2025 evidenzia un duplice riconoscimento perché da un lato, la Corte ammette implicitamente che la propria giurisprudenza, per quanto vincolante, non possiede il carattere di completezza normativa necessario per fondare una legislazione di dettaglio, dall'altro essa preserva l'esclusiva competenza dello Stato in materia di ordinamento penale e di diritti civili fondamentali, impedendo alle Regioni di trasformare principi interpretativi in disciplina sostanziale.

La decisione chiarisce, inoltre, che residuano comunque spazi di intervento regionale nell'ambito dell'organizzazione e del funzionamento dei servizi sanitari, purché tali interventi non incidano sulla delimitazione delle condizioni di liceità penale dell'aiuto al suicidio. In altri termini, le Regioni possono disciplinare profili organizzativi del servizio sanitario, ma non introdurre procedure o meccanismi normativi che, di fatto, determinino o modifichino l'ambito di non punibilità delineato dalla giurisprudenza costituzionale. La pronuncia assume particolare rilievo anche alla luce delle ulteriori iniziative legislative regionali in materia di suicidio medicalmente assistito (tra cui quella adottata dalla Regione Sardegna e attualmente oggetto di impugnazione davanti alla Corte costituzionale) poiché delimita con chiarezza il confine tra competenze statali e regionali in un settore caratterizzato dall'assenza di una disciplina legislativa statale organica.

La sent. n. 204/2025 consente dunque di superare una contrapposizione troppo netta tra natura giurisdizionale e funzione normativa della decisione della Corte costituzionale perché le sentenze in esame non sono fonti legislative in senso formale, ma possono produrre norme o effetti normativi direttamente operanti

nell'ordinamento, incidendo sulla conformazione delle fattispecie legislative sottoposte al giudizio della Corte.

Ad oggi nessun progetto di legge è stato ancora approvato dal Parlamento³⁹, a differenza di quanto avvenuto in altri ordinamenti europei come per esempio Spagna, Belgio, Paesi Bassi, Lussemburgo e Svizzera. In questa prospettiva, finora la questione è sempre giunta all'attenzione della Corte che si è fatta carico della domanda di tutela di nuove posizioni giuridiche proveniente dalla società civile. Tale inerzia legislativa, parallelamente, ha trasferito sulle amministrazioni sanitarie e sulle Regioni una parte rilevante delle difficoltà connesse all'attuazione concreta dei principi elaborati dalla Corte. Il problema riguarda, pertanto, la definizione delle garanzie procedurali e delle modalità organizzative necessarie a rendere effettiva la posizione riconosciuta alla persona che si trovi nelle condizioni individuate dalla giurisprudenza costituzionale.

3. Il ruolo del Servizio sanitario nazionale nell'attuazione della giurisprudenza costituzionale in materia di suicidio medicalmente assistito

Negli anni successivi alla sent. n. 242/2019 si è posto il problema dell'implementazione dei principi di diritto posti dalla Corte, in particolare con riferimento alla possibilità per il singolo individuo di pretendere dal servizio sanitario nazionale le prestazioni necessarie al fine di garantire, nella pratica, il diritto a interrompere la propria vita.

Il primo punto fermo della pronuncia è l'introduzione di una procedura amministrativa (connotata da valutazioni di carattere tecnico-sanitario) per accertare la sussistenza delle condizioni in presenza delle quali una persona può essere autorizzata a ricorrere al suicidio assistito e, a tale scopo, ricevere i mezzi e l'assistenza necessari alla sua esecuzione⁴⁰.

Da tale impostazione, derivano precisi compiti per l'amministrazione sanitaria, riconducibili a prestazioni di informazione e di accertamento da svolgersi nell'ambito di un procedimento su istanza dell'interessato. In assenza di una disciplina specifica, tale procedimento si articola in due fasi.

La prima fase riguarda la verifica dei requisiti di liceità del suicidio assistito, ossia il controllo delle condizioni di salute e di consapevolezza del paziente, secondo la «procedura medicalizzata» prevista agli artt. 1 e 2 della l. n. 219/2017⁴¹.

³⁹ Nella scorsa legislatura c'è stato un tentativo di dare un seguito legislativo alla pronuncia della Corte costituzionale attraverso l'approvazione da parte della Camera dei Deputati di una proposta di legge (A.S. n. 2553) il cui iter legislativo si è interrotto dopo la trasmissione al Senato, dove tuttora rimane in attesa di essere esaminata.

⁴⁰ M. ESPOSITO, *“Morte a credito”: riflessioni critiche sul c.d. diritto al suicidio assistito*, in *federalismi.it*, 12 giugno 2024, 92.

⁴¹ Corte cost., sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, par. 5.

La struttura sanitaria che riceve la richiesta deve quindi mettere a disposizione personale qualificato in grado di fornire informazioni adeguate, garantire supporto (anche psicologico) al paziente e ai familiari, illustrare le possibili alternative, tra cui l'inserimento in un percorso di cure palliative⁴², e acquisire il consenso informato.

La seconda fase del procedimento è finalizzata a verificare le modalità di esecuzione, ossia il tipo di farmaco e le modalità di auto-somministrazione più appropriate alla condizione del paziente. La Corte ha chiarito che tali modalità «dovranno essere tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze»⁴³, pur senza entrare nel dettaglio operativo, salvo richiedere il coinvolgimento dei comitati etici territorialmente competenti.

D'altronde, non avrebbe potuto procedere diversamente, poiché tale scelta è coerente con la natura concorrente della materia "tutela della salute", che comporta che i modelli di organizzazione dei servizi sono diversi in base alla normativa regionale.

In linea generale resta fermo il divieto di aiuto al suicidio⁴⁴, ma è prevista una procedura amministrativa, per determinare se nel caso concreto l'assistenza richiesta integri o meno gli estremi di reato. L'amministrazione sanitaria è dunque chiamata a valutare discrezionalmente se il soggetto versi nelle condizioni stabilite dalla sent. n. 242/2019, al fine di autorizzare (ma non obbligare) il personale medico a prestare l'assistenza strumentale e farmacologica necessaria.

Il riconoscimento dell'obiezione di coscienza del medico⁴⁵ preserva la libertà del medico e conferma che l'assistenza al suicidio non costituisce una prestazione sanitaria liberalizzata. Una diversa impostazione, infatti, arrecherebbe un

⁴² La Corte costituzionale ricorda nella sent. n. 242 l'esigenza di rendere effettivo prima di tutto il diritto alle cure palliative, a garanzia della libertà e dignità del paziente.

⁴³ Corte cost., sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, par. 5.

⁴⁴ Il suicidio assistito non è un diritto, ma permane un reato *ex art.* 580 c.p., essendo prevista una sola circoscritta area di non punibilità per ipotesi tassativamente individuate, collegate a «situazioni inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli sviluppi della scienza medica e dalla tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali». Cfr. Corte cost., sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, par. 2.3 e ord. n. 207/2018, par. 8. Come evidenziato anche da Viganò con riferimento alla sent. n. 242/2019, ma con considerazioni estensibili anche alla successiva giurisprudenza costituzionale, "la *ratio decidendi* essenziale della pronuncia" non risiede in un "diritto a morire" (F. VIGANÒ, *Diritti fondamentali e diritto penale al congedo dalla vita: esperienze italiana e straniere a confronto* in *Sistema penale*, 12 gennaio 2023, 15 ss.).

⁴⁵ M. ESPOSITO, "Morte a credito", cit., 109.

intollerabile *vulnus* all'assetto costituzionale dei principi in materia di tutela della vita e alla configurazione stessa dello Stato sociale.

Pertanto, se un ulteriore punto fermo che emerge dalla sentenza è l'inesistenza di un dovere di assistere nel suicidio, non esiste in capo all'individuo un diritto soggettivo ad essere assistito nel suicidio⁴⁶. Tale impostazione è stata ulteriormente confermata dalla sent. n. 204/2025, nella quale la Corte costituzionale ha precisato che il coinvolgimento del Servizio sanitario nazionale nel procedimento di verifica non può essere inteso come trasformazione dell'aiuto al suicidio in una prestazione sanitaria esigibile. La funzione attribuita alle strutture pubbliche resta circoscritta all'accertamento tecnico e imparziale dei presupposti individuati dalla Corte, senza che da ciò derivi un obbligo organizzativo di assicurare, in ogni caso, la materiale esecuzione della prestazione.

La Corte ha così escluso che dall'area di non punibilità possa desumersi un correlativo diritto soggettivo del paziente alla somministrazione del farmaco letale, ribadendo che l'assenza di un obbligo in capo al singolo medico⁴⁷ si riflette inevitabilmente anche sull'assenza di un obbligo coercibile in capo all'azienda sanitaria. Ne deriva che le eventuali responsabilità delle strutture sanitarie pubbliche nella fase di verifica possono sorgere, al più, sul piano procedimentale (per inerzia, ritardo o mancata conclusione del procedimento), ma non per il mancato soddisfacimento della richiesta finale. Pertanto, se non vi è alcun obbligo per il medico, non può configurarsi neppure un obbligo per la struttura sanitaria.

Infatti la Corte non impone al Servizio Sanitario Nazionale di organizzare un servizio pubblico di assistenza al suicidio, ma gli attribuisce soltanto compiti di verifica. Questo principio è stato ribadito anche nella più recente sent. n. 66/2025, la quale sottolinea che il coinvolgimento del Servizio Sanitario Nazionale deve servire «a garanzia di un disinteressato accertamento della sussistenza dei requisiti»⁴⁸ proprio per evitare abusi a danno di soggetti deboli e vulnerabili: «persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla

⁴⁶ Il giudice delle leggi, interrogandosi sul problema dell'obiezione di coscienza, ha escluso l'esistenza di un obbligo del personale sanitario di procedere all'assistenza al suicidio, chiaramente affermando che la sua «declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici» (Corte cost., sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, par. 6). Sul punto v., E. BILOTTI, *Ai confini dell'autodeterminazione terapeutica del paziente capace. Il dialogo tra il legislatore e il giudice delle leggi sulla legittimità dell'assistenza medica al suicidio*, in *Corriere giuridico*, 4, 2019, pp. 492 ss.

⁴⁷ Corte cost., sent. n. 204/2025, *Considerato in diritto*, par. 5.

⁴⁸ Corte cost., sent. n. 66/2025, *Considerato in diritto*, par. 7.1.

vita qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare, magari per ragioni di personale tornaconto, all'esecuzione di una loro scelta suicidaria».

Resta da chiarire il profilo delle responsabilità delle strutture sanitarie che rifiutino di fornire le prestazioni richieste. Non si tratta di una questione astratta, poiché in alcuni casi le persone interessate hanno presentato esposti per rifiuto di atti di ufficio, sui quali sarà chiamata a pronunciarsi la magistratura penale. Inoltre, sul piano amministrativo la giurisprudenza ha offerto orientamenti non sempre uniformi. Con l'ordinanza del 4 luglio 2023, il Tribunale di Trieste ha condannato l'amministrazione a intervenire entro un termine stabilito, imponendo una sanzione pecuniaria per ogni giorno di ritardo.

Al contrario, il Tribunale di Ancona, con ordinanza del 26 marzo 2021, aveva inizialmente escluso il dovere della struttura sanitaria di offrire la prestazione di aiuto al suicidio, salvo poi a seguito di reclamo mutare orientamento (Trib. di Ancona, ord. 9/6/2021), imponendo all'azienda sanitaria di verificare se il paziente soddisfacesse i presupposti stabiliti dalla Corte Costituzionale⁴⁹. È evidente come la prassi applicativa tuttora evidenzia lacune sul piano procedurale, facendo affiorare una serie di problemi connessi all'apparato burocratico e all'interpretazione delle norme applicabili.

3.1 La configurazione giuridica della posizione di chi accede alle pratiche di suicidio assistito

Strettamente connesso al profilo formale appena illustrato, si pone una questione sostanziale di primaria importanza, cioè quale sia precisamente la natura giuridica della posizione di chi chiede di accedere al suicidio medicalmente assistito. La giurisprudenza costituzionale non è esplicita su questo punto, il che genera incertezze teoriche e applicative considerevoli nella pratica amministrativa e giudiziale.

Risultano teoricamente possibili tre interpretazioni. La prima è che si tratta di un diritto soggettivo perfetto. Secondo questa lettura, il ricorso alle sent. n. 242/2019 e ss. riconosce un autentico diritto soggettivo perfetto alla persona che soddisfi i presupposti indicati. Ciò significherebbe che il sistema sanitario ha un obbligo positivo e incondizionato di fornire i mezzi e l'assistenza necessari, il paziente può agire giudizialmente per far valere tale diritto in caso di inerzia amministrativa e che le Regioni non possono porre limiti ulteriori al di là di quelli indicati dalla Corte. Tuttavia, la Consulta ripudia esplicitamente questa lettura⁵⁰,

⁴⁹ Successivamente, nello stesso senso, anche Trib. Fermo, ord. 31/12/2022.

⁵⁰ Secondo i giudici costituzionali (Corte cost. ord. n. 207/2018, *Cons. dir.*, §5), infatti, il diritto all'autodeterminazione riguardo ai trattamenti terapeutici previsto all'art. 32 Cost., espressione del principio personalistico (art. 2 Cost.) e della inviolabilità della libertà

affermando più volte che non ha introdotto "un diritto generale al suicidio assistito". Questa negazione non è puramente formale in quanto implica che il paziente non ha una pretesa incondizionata verso il servizio sanitario, ma piuttosto una posizione più sfumata. La Corte ha infatti costruito una circoscritta area di non punibilità dell'aiuto al suicidio, subordinata alla presenza di condizioni rigorosamente individuate e alla loro verifica da parte delle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale.

In secondo luogo, la posizione di chi accede alle pratiche di suicidio assistito potrebbe fare riferimento a una libertà negativa da non punire⁵¹. Secondo questa seconda lettura, la Corte costituzionale riconosce soltanto che l'ordinamento non punisce chi aiuta il suicidio in determinate circostanze. Il fulcro normativo è la depenalizzazione, non la configurazione di un diritto a prestazione suicidaria. Anche questa lettura però crea problemi teorici rilevanti, poiché se la Corte affida al servizio sanitario il compito di "accertare i presupposti"⁵² e di seguire una procedura specifica, non sta semplicemente proibendo la punizione, ma sta attribuendo doveri procedimentali positivi. Una libertà negativa non richiederebbe un apparato amministrativo così articolato e prescrittivo.

Appare plausibile ricostruire la posizione del richiedente come una peculiare situazione giuridica soggettiva composita e condizionata. Secondo questa interpretazione il paziente ha diritto a che l'azienda sanitaria consideri seriamente la sua istanza, una valutazione imparziale e motivata dei presupposti stabiliti dalla Corte e, infine, che l'amministrazione segua specifici standard procedurali (consultazione multidisciplinare, acquisizione del consenso informato, coinvolgimento dei comitati etici). Il soggetto però non ha diritto automatico al "sì", ma ha diritto soltanto a un procedimento corretto e imparziale. Se l'amministrazione conclude motivatamente che i presupposti non ricorrono (per esempio perché la patologia non è sufficientemente irreversibile, la sofferenza dichiarata non è intollerabile secondo la valutazione tecnica, la capacità di autodeterminazione è compromessa da fattori psicologici), il rifiuto non viola il diritto fondamentale del paziente, purché il procedimento sia stato condotto correttamente.

Diversa è, tuttavia, la posizione della persona che abbia già superato positivamente tale verifica. La sent. n. 204/2025 introduce, sotto questo profilo, un ulteriore elemento di particolare rilievo. Infatti, i giudici costituzionali affermano espressamente che, una volta accertata la sussistenza delle condizioni di accesso al

personale (art. 13 Cost.) è altro rispetto al «[...] riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire».

⁵¹ Per un'analisi di tale ricostruzione N. ROSSI, *Fine vita: il suicidio assistito in Europa e la palude italiana*, in *Questione Giustizia*, 19 novembre 2025.

⁵² Corte cost., sent. n. 135/2024, *Cons. dir.*, § 9.

suicidio assistito, permane il diritto della persona di ottenere dall'azienda sanitaria il farmaco e gli eventuali dispositivi necessari all'autosomministrazione, nonché l'assistenza sanitaria anche durante l'esecuzione della procedura⁵³. La sent. n. 204/2025, poi, nel sindacare la legge toscana, non nega in toto la possibilità di regolamentazione regionale procedimentale, purché non restringa indubbiamente lo spazio già tracciato dalla Corte, ulteriore conferma che non si è in presenza di un diritto al risultato, ma di un diritto al procedimento.

Ne deriva una distinzione concettuale che appare essenziale per ricostruire correttamente l'attuale assetto. Da un lato, non esiste un generale diritto al suicidio medicalmente assistito, inteso come pretesa incondizionata alla prestazione. Dall'altro, sussiste una posizione soggettiva qualificata, riconosciuta dall'ordinamento, che si consolida a seguito dell'accertamento positivo dei presupposti individuati dalla Corte. È quindi l'esito della verifica amministrativo-sanitaria a segnare il passaggio da una posizione di interesse alla verifica delle condizioni a un diritto alla concreta assistenza prevista dall'ordinamento.

La mancanza di chiarezza sulla natura giuridica della posizione del ricorrente genera conseguenze rilevanti e diffuse. In primo luogo, il paziente non sa se ha un diritto pieno o una mera pretesa procedurale e non conosce con certezza quale sia il suo status giuridico. Inoltre, l'azienda sanitaria non sa se può negare sulla base di una valutazione di natura tecnica-sanitaria, espressione a sua volta di discrezionalità tecnica⁵⁴, oppure se è obbligato a seguire standard valutativi più

⁵³ Corte cost., sent. n. 204/2025, *Cons. dir.*, §8.1.

⁵⁴ Sulla discrezionalità tecnica, *ex multis*, M. ASPRONE, M. MARASCA, A. RUSCITO, *La discrezionalità tecnica della pubblica amministrazione*, Milano, 2009; F. CAMMEO, *La competenza di legittimità della IV Sezione e l'apprezzamento dei fatti valutabili secondo criteri tecnici*, in *Giurisprudenza italiana*, III, 1902; E. CARACCIOLO LA GROTTIERA, *Il sindacato sulla discrezionalità tecnica in materia di pubblico concorso*, in *Il Foro amministrativo Tar*, 7-8, 2003, 2312; V. CERULLI IRELLI, *Note in tema di discrezionalità amministrativa*, in *Diritto processuale amministrativo*, 1984, 463 ss.; F. CINTIOLI, *Giudice amministrativo, tecnica e mercato. Poteri tecnici e «giurisdizionalizzazione»*, Milano, 2005; ID., *Tecnica e processo amministrativo*, in *Diritto processuale amministrativo*, 4, 2004, 983; P. CIRIACO, *Discrezionalità tecnica e sindacato del giudice amministrativo*, in *Giurisprudenza di merito*, 3, 2010, 823; G. D'AURIA, *Discrezionalità tecnica, sindacato giudiziario e responsabilità amministrativa dei pubblici funzionari*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, 5, 2007, 829; M. DELSIGNORE, *Il sindacato del giudice amministrativo sulle valutazioni tecniche: nuovi orientamenti del Consiglio di Stato*, in *Diritto processuale amministrativo*, 1, 2000, 185; D. DE PRETIS, *Discrezionalità tecnica e incisività del controllo giurisdizionale*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 1999, 1179; EAD., *Valutazione amministrativa e discrezionalità tecnica*, Padova, 1995; M.S. GIANNINI, *Il potere discrezionale della pubblica amministrazione*, Milano, 1939, 72 ss.; A. GIUSTI, *Contributo allo studio di un concetto ancora indeterminato. La discrezionalità tecnica della pubblica amministrazione*, Napoli,

stringenti e predefiniti. Infine, ogni rifiuto amministrativo espone l'azienda al rischio di ricorso giurisdizionale⁵⁵, perché non è ancora chiaro il parametro esatto secondo cui valutare la legittimità della negazione. Un intervento legislativo statale organico dovrebbe chiarire questo punto con la massima esattezza, indicando esplicitamente se si tratta di diritto soggettivo condizionato o altra figura giuridica intermedia, e soprattutto quali siano i criteri oggettivi e verificabili per valutare i presupposti (natura della patologia, misura della sofferenza, test di capacità di autodeterminazione).

4. Questioni problematiche sull'ammissibilità della legislazione regionale

La cronaca continua a riportare episodi di grande attualità, da cui emergono i numerosi aspetti che la complessa tematica del fine vita e, in particolare, del suicidio medicalmente assistito, comporta. Tale materia, per la sua natura intrinsecamente legata ai diritti fondamentali della persona, evidenzia il complesso rapporto tra Stato e Regioni, soprattutto con riguardo all'individuazione delle rispettive competenze legislative. Infatti, la disciplina del fine vita incide su ambiti riservati alla competenza legislativa esclusiva dello Stato di cui all'art. 117, co. 2, Cost., in particolare la lett. m), relativa ai livelli essenziali delle prestazioni

2007; P. LAZZARA, «Discrezionalità tecnica» e situazioni giuridiche soggettive, in *Diritto processuale amministrativo*, 1, 2000, 212; F. LEDDA, *Potere, tecnica e sindacato giudiziario sull'amministrazione pubblica*, in *Diritto processuale amministrativo*, 1983, 371 ss.; C. MARZUOLI, *Potere amministrativo e valutazioni tecniche*, Milano, 1985; F. MERUSI, *Ragionevolezza e discrezionalità amministrativa*, Napoli, 2011; C. MORTATI, *Norme giuridiche e merito amministrativo*, in *Stato e diritto*, 1941, 136; ID., *Note sul potere discrezionale*, in *Studi dell'Istituto di diritto pubblico e legislazione sociale dell'Università di Roma*, 1936, ora in *Scritti giuridici*, III, Milano, 1972, 997 ss.; N. PAOLANTONIO, *Discrezionalità tecnica e giurisprudenza pratica*, in *Il Foro amministrativo C.d.S.*, 10, 2002, 2587; L.R. PERFETTI, *Ancora sul sindacato giudiziale sulla discrezionalità tecnica*, in *Il Foro amministrativo*, 2, 2000, 422; E. PRESUTTI, *Discrezionalità pura e discrezionalità tecnica*, in *Giurisprudenza italiana*, 1910, 16; A. PRONTERA, *L'agire discrezionale dell'Amministrazione. Tra «vuoti» e «pieni» normativi*, in *Diritto processuale amministrativo*, 1, 2010, 278; M.E. SCHINAIA, *Il controllo del giudice amministrativo sull'esercizio della discrezionalità della pubblica amministrazione*, in *Diritto processuale amministrativo*, 1999, 1101 ss.; F.G. COCA, *La discrezionalità nel pensiero di Giannini e nella dottrina successiva*, in *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, 4, 2000, 1045; F. VOLPE, *Discrezionalità tecnica e presupposti dell'atto amministrativo*, in *Diritto amministrativo*, 4, 2008, 791.

⁵⁵ La situazione giuridica del ricorrente è rilevante in ordine al riparto di giurisdizione tra giudice ordinario e giudice amministrativo.

concernenti i diritti civili e sociali; la lett. l)⁵⁶, che riguarda l'ordinamento penale, essendo coinvolto l'ambito di applicazione dell'art. 580 c.p. e l'ordinamento civile⁵⁷, da cui derivano i principi sul consenso informato.

Parallelamente, la questione coinvolge la potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute, nella quale rientra l'organizzazione sanitaria. Come è noto, in questo ambito alle Regioni è riconosciuto il potere di adottare norme di dettaglio, purché rispettino i principi fondamentali stabiliti dal legislatore statale, con finalità attuative di quest'ultima⁵⁸. Nonostante l'assenza di una legge statale, alcune Regioni (come Toscana e Sardegna) hanno adottato delle leggi volte a dare attuazione ai principi stabiliti dalla sent. n. 242/2019 della Corte costituzionale, colmando così il vuoto lasciato dall'inerzia parlamentare.

Occorre chiedersi se tale sentenza possa costituire una fonte del diritto sufficientemente completa, da permettere alle Regioni di intervenire con norme attuative⁵⁹. La sentenza n. 204/2025 fornisce una risposta in parte negativa a tale interrogativo, chiarendo che la sent. n. 242/2019 non può essere considerata una fonte normativa completa e autosufficiente, idonea a fondare un intervento legislativo regionale di carattere sostanziale. Secondo la Corte, le Regioni non possono utilizzare la giurisprudenza costituzionale come base per introdurre una disciplina che incida sull'*an* della non punibilità dell'aiuto al suicidio o che configuri, anche indirettamente, un diritto all'ottenimento della prestazione.

Tuttavia, la stessa sentenza n. 204/2025 non esclude in radice ogni spazio di intervento regionale. Al contrario, essa ammette che, in assenza di una legge statale, le Regioni possano disciplinare profili organizzativi e procedurali riconducibili alla competenza concorrente in materia di tutela della salute, purché tali interventi si mantengano su un piano meramente attuativo e strumentale, senza alterare l'equilibrio tracciato dalla Corte costituzionale né invadere l'ambito dell'ordinamento penale.

⁵⁶ Cfr. 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 *Rivista del Gruppo di Pisa*, 1, 2023, 105 ss., e G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio, i rilievi dell'Avvocatura Generale dello Stato, le forzature del Tribunale di Trieste e della commissione nominata dall'azienda sanitaria*, in *Consulta Online*, 1, 2024, pp. 69 ss.

⁵⁷ Corte cost., sent. n. 261/2016.

⁵⁸ L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, in *Osservatorio AIC*, 3, 2024.

⁵⁹ Una prima proposta di legge regionale volta a disciplinare la materia è stata discussa dal Veneto nel 2024, su iniziativa del Presidente Zaia, ma è stata successivamente respinta dal Consiglio della Regione per il voto contrario di parte della maggioranza. Ulteriori tentativi di intervento, intrapresi dalla Toscana e dalla Sardegna, si sono invece conclusi recentemente con l'approvazione delle leggi 16/2025 e 26/2025.

I criteri enunciati dalla Corte mantengono un certo grado di generalità, lasciando al legislatore statale ampi margini di discrezionalità nella definizione del quadro normativo complessivo entro cui eventuali discipline regionali possono operare. Nell'attuale contesto resta da chiarire quali strutture sanitarie siano incaricate di verificare le condizioni necessarie per l'erogazione dell'aiuto al suicidio, le modalità e i requisiti del parere dei comitati etici competenti sul territorio, le garanzie per l'obiezione di coscienza del personale sanitario e il coordinamento con l'accesso alle cure palliative.

Si tratta di profili che attengono prevalentemente all'organizzazione delle strutture sanitarie, ambito riconducibile alla competenza concorrente in materia di tutela della salute. In questo quadro, le Regioni sono chiamate a garantire, nell'ambito delle proprie competenze organizzative, il concreto funzionamento dei servizi sanitari, ma senza poter incidere sulla delimitazione delle condizioni di accesso alla procedura, riservata alla competenza statale e definita dalla giurisprudenza costituzionale.

Alla luce di tali considerazioni appaiono poco convincenti le posizioni che negano la legittimità di un intervento normativo a livello regionale per il timore di una frammentazione territoriale della disciplina⁶⁰. Situazioni analoghe si sono già verificate in altri ambiti sanitari eticamente sensibili, in cui la normativa statale è stata integrata da disposizioni regionali a carattere attuativo e organizzativo. Si pensi alla disciplina sull'interruzione volontaria di gravidanza, alla PMA⁶¹ o alla rete delle cure palliative⁶².

⁶⁰ L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi*, in *Rivista AIC*, 1, 2024, 385 ss.; 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, 4 ss.; F. VARI, F. PIERGENTILI, *Prime notazioni sulla legge regionale del Friuli-Venezia Giulia in materia di fine vita*, in *Diritti Regionali*, 3, 2023; F. PIERGENTILI, *Progresso tecnologico e nuove questioni costituzionali: la (in)competenza delle Regioni sul fine vita*, in *Diritto Mercato Tecnologia*, 2 ottobre 2023; M.G. NACCI, *Note critiche sulle iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, 1, 2024; G. RAZZANO, *La legge della regione Toscana sul suicidio assistito: regionalismo differenziato "n un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale", concernente i principi supremi, i diritti inviolabili e la materia penale*, in *Consulta Online*, II, 2025, 560 ss.

⁶¹ Regione Emilia-Romagna, DGR n. 1487/2014, *Recepimento del documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome 14/109/CR02/C7SAN del 4/9/2014, Recepimento del "Documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa a seguito della sentenza della Corte costituzionale nr. 162/2014" della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome*.

⁶² Per esempio, Regione Marche, DGR n. 1238/2021, *Rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche*.

In mancanza di una legge statale non è consentito ai Consigli regionali colmare il vuoto normativo adottando disposizioni cedevoli e transitorie che incidano sulla delimitazione delle condizioni di non punibilità dell'aiuto al suicidio, trattandosi di ambito riservato alla competenza legislativa esclusiva dello Stato. Non sembra nemmeno potersi ricavare dalla sent. n. 204/2025 un modello di "cedevolezza invertita" in senso proprio, categoria che è stata piuttosto proposta in dottrina per descrivere tentativi di intervento regionale in presenza dell'inerzia del legislatore statale⁶³.

I principi fondamentali cui attenersi derivano principalmente dalla l. n. 219/2017 e dalla sent. n. 242/2019, il che evidenzia come la giurisprudenza costituzionale stia progressivamente assumendo un ruolo di supplenza legislativa in questa materia. In tale prospettiva, la sent. n. 204/2025 sembra avallare un modello di intervento regionale volto a garantire l'effettività delle procedure di verifica, ma strutturalmente subordinato all'auspicato intervento del legislatore statale.

Di fronte all'inerzia del Parlamento, si apre dunque la possibilità di uno spazio di azione per le Regioni che, nel rispetto delle competenze statali, possono regolamentare gli aspetti organizzativi: la composizione degli organi incaricati delle verifiche, i momenti specifici di intervento e le garanzie per i soggetti coinvolti⁶⁴.

Rimane da valutare quale tipo di regolamentazione sia più appropriato adottare, se una legge oppure una normativa secondaria (come un regolamento o delle linee-guida)⁶⁵. I vantaggi di una fonte legislativa risultano chiari in termini di

⁶³ Sulla "cedevolezza invertita" per descrivere fenomeni di intervento regionale in presenza dell'inerzia statale, v., tra gli altri: R. ROMBOLI, *Corte costituzionale e legislatore: il bilanciamento tra la garanzia dei diritti ed il rispetto del principio di separazione dei poteri*, in *Consulta Online*, III, 2023, 812 ss.; G. DI COSIMO, *Norma cedevoli: un genere, due specie*, in *Le Regioni*, 6, 2006, 168 ss.

⁶⁴ Per esempio, la legge toscana fa chiarezza su procedure, modalità e tempi che oggi sono lasciate in balia di ogni Asl. Stabilisce inoltre che il farmaco necessario alla pratica è finanziato con il bilancio regionale, considerando il servizio come un extra-Lea. Quanto al personale sanitario, può avere un ruolo solo su base volontaria.

⁶⁵ Non tutte le Regioni hanno seguito esclusivamente la via legislativa. Dopo la Puglia – che già nel 2023 con delibera della Giunta regionale si era limitata a confermare la competenza del Comitato Etico del Policlinico di Bari a esprimere i pareri richiesti dalla sentenza della Consulta – anche la Regione Emilia-Romagna ha deciso di adottare atti aventi natura amministrativa: dato il rischio di mancata approvazione della proposta di legge regionale attualmente al vaglio del Consiglio regionale, come è accaduto in altre Regioni, la Giunta regionale con la deliberazione del 5 febbraio 2024, n. 194 ha istituito con valenza unica regionale il Comitato Regionale per l'etica nella Clinica (COREC), a cui sono attribuite varie funzioni, tra cui quella di "fornire pareri relativi a richieste sul fine vita, per gli aspetti che esulano da quelli normati dalla Legge n. 219/2017". In particolare,

legittimazione democratica della decisione e di vincolatività per le strutture e il personale sanitario. Non bisogna tuttavia dimenticare che si tratta di questioni che hanno un elevato contenuto tecnico⁶⁶.

Di conseguenza, qualsiasi disciplina (compresa quella statale) dovrà rispettare i principi relativi all'esercizio della discrezionalità normativa nell'ambito medico-scientifico come stabilito dalla Corte costituzionale nella sent. n. 282/2002. Questo comporta almeno due effetti: 1) durante il processo di elaborazione sarà fondamentale il coinvolgimento degli enti tecnici competenti; 2) il testo normativo dovrà prevedere margini di flessibilità tali da permettere agli operatori di adattare le norme generali alle peculiarità dei singoli casi.

Le iniziative legislative regionali⁶⁷ possono essere rilette alla luce dei due problemi teorici esposti sopra sul ruolo della Corte come fonte normativa e sulla configurazione della posizione del richiedente. Le Regioni, trovandosi di fronte a una disciplina giurisprudenziale vincolante, si trovano in una posizione aporetica e concettualmente difficile da gestire.

Con la sent. n. 204/2025 le Regioni possono regolamentare profili procedimentali e organizzativi (modalità di accertamento, ruoli dei vari attori sanitari, tempistiche), ma non possono restringere l'area di non punibilità delineata dalla Corte né introdurre presupposti aggiuntivi non contemplati dalla giurisprudenza costituzionale. Il problema, tuttavia, è che questa distinzione tra "procedura" e "sostanza" risulta spesso porosa e difficile da tracciare nella pratica: una procedura amministrativa molto rigida e onerosa, pur non modificando formalmente i presupposti, di fatto riduce l'accesso creando ostacoli di carattere procedurale.

con ciò si è voluto dare estensione all'esperienza positiva maturata dal Comitato per l'etica nella clinica (CEC) istituito dall'Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia. Il successivo 9 febbraio con determina del Direttore generale cura della persona, salute e welfare n. 2596 del 2024 è stata introdotta la disciplina relative alle "Istruzioni tecnico-operative per la verifica dei requisiti previsti dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 e delle modalità per la sua applicazione". Sono state così definite le modalità e i tempi per la verifica dei presupposti e l'esecuzione del suicidio medicalmente assistito. L'efficacia di questi atti attualmente è stata sospesa dal TAR.

⁶⁶ In A. IANNUZZI, *Il diritto capovolto. Regolazione a contenuto tecnico-scientifico e Costituzione*, Napoli, 2018, si evidenzia come un nuovo tipo di esperienza giuridica fortemente contaminata dall'evoluzione delle conoscenze tecnico-scientifiche necessiti di una riflessione giuspubblicistica altrettanto inedita, poiché il diritto al cospetto della scienza si adatta e cambia, subendo delle trasformazioni dagli approdi tuttora incerti.

⁶⁷ Attualmente, il Veneto è la quarta regione in Italia dopo Toscana, Sardegna ed Emilia-Romagna, ad aver approvato una legge per regolamentare le procedure sanitarie del suicidio medicalmente assistito.

Questo evidenzia come il ricorso a fonti normative plurali — giurisprudenza costituzionale più leggi regionali, prive di coordinamento — genera un pluralismo normativo disordinato, dove non è chiaro quale sia la fonte prevalente, quale il livello di generalità richiesto, quale il grado di vincolatività per gli enti locali e l'amministrazione. Solo un intervento legislativo statale organico potrebbe ricalibrare questo assetto, chiarendo con precisione il riparto di competenze tra Stato e Regioni (cosa spetta esclusivamente allo Stato, cosa può essere disciplinato dalle Regioni, quali sono i principi inderogabili), definendo con certezza la natura della posizione giuridica del paziente e i criteri oggettivi di valutazione dei presupposti, e restituendo coerenza sistematica a un settore oggi frammentato tra fonti diverse.

5. Considerazioni di riepilogo e conclusioni

Il quadro delineato dalla giurisprudenza costituzionale, a partire dalla sent. n. 242/2019, ha segnato una tappa decisiva nel processo di riconoscimento del diritto dell'individuo a determinare autonomamente il proprio fine vita. Tuttavia, passando dal piano teorico a quello pratico, è stata messa in luce la complessità di tradurre in termini operativi i principi enunciati dalla Corte, specialmente in assenza di una disciplina legislativa organica.

L'effettivo esercizio del diritto riconosciuto dalla Consulta presuppone infatti l'attivazione di una prestazione sanitaria che può essere erogata solo se sono verificate le condizioni tassativamente indicate dalla Corte stessa. Tale accertamento spetta esclusivamente all'amministrazione sanitaria, nell'ambito di una procedura amministrativa di natura tecnico-discrezionale. Ne consegue che la Corte non ha riconosciuto una libertà di scelta immediatamente esercitabile, e nemmeno l'esistenza di un diritto assoluto a ottenere dal servizio sanitario nazionale l'assistenza necessaria per porre fine alla propria vita. A conferma di ciò, resta ferma la possibilità di obiezione di coscienza da parte del personale sanitario, a tutela della libertà morale e professionale del medico⁶⁸.

Il diritto al suicidio medicalmente assistito, così come delineato, risulta dunque subordinato alla sussistenza di specifici requisiti, la cui verifica è demandata alle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale⁶⁹. A queste ultime spetta il compito di accertare, in modo imparziale e nel rispetto delle garanzie previste, la legittimità della richiesta e le modalità di esecuzione, senza che ciò si traduca in un

⁶⁸ V. C. CARUSO, *Al servizio dell'unità. Perché le Regioni possono disciplinare (con limiti) l'aiuto al suicidio*, in *Il Piemonte delle autonomie*, 1, 2024.

⁶⁹ Non sarebbe concepibile, infatti, come accennato dalla ord. n. 207/2018, ammettere che "qualsiasi soggetto – anche non esercente una professione sanitaria – possa lecitamente offrire, a casa propria o a domicilio, per spirito filantropico o a pagamento" l'aiuto al suicidio.

obbligo generalizzato di prestazione sanitaria. L'intervento del sistema sanitario nazionale ha, piuttosto, la funzione di assicurare un controllo pubblico neutrale, volto a prevenire abusi e a tutelare i soggetti più vulnerabili.

Tuttavia, l'esperienza applicativa ha evidenziato numerose criticità di natura procedurale. Le diverse interpretazioni fornite dalle amministrazioni territoriali e dalle autorità giudiziarie hanno determinato significative disparità di trattamento tra i pazienti, sia nella valutazione dei presupposti di accesso alla procedura, sia nella concreta erogazione dell'assistenza. Tale disomogeneità rischia di incidere negativamente sull'effettività del diritto all'autodeterminazione terapeutica riconosciuto dalla Corte.

In questo contesto, assume rilievo la questione del ruolo delle Regioni, chiamate (in assenza di una legge statale) a garantire l'attuazione dei principi costituzionali nell'ambito delle proprie competenze in materia di tutela della salute. L'intervento regionale, tuttavia, non può sostituirsi al legislatore statale, ma può soltanto disciplinare profili organizzativi e procedurali, in funzione attuativa e transitoria, nel rispetto dei principi fondamentali fissati dalla Corte e dalla l. n. 219/2017 sul consenso informato.

In questo contesto, merita altresì richiamare i disegni di legge attualmente all'esame del Parlamento in materia di suicidio medicalmente assistito, tra cui, in particolare, l'A.S. n. 65 e l'A.S. n. 104, i quali si propongono di introdurre una disciplina organica della materia. Tali iniziative legislative si confrontano, in misura diversa, con il quadro delineato dalla Corte costituzionale a partire dalla sent. n. 242/2019: da un lato, esse tendono a recepire alcuni dei requisiti individuati dalla Consulta (quali la patologia irreversibile, la sofferenza intollerabile e la capacità di autodeterminazione), dall'altro lato, introducono specificazioni e limiti ulteriori — in particolare sul piano procedurale e sul ruolo del servizio sanitario nazionale — che, in alcuni casi, sembrano restringere l'ambito applicativo dell'area di non punibilità delineata dalla giurisprudenza costituzionale. La dottrina ha ampiamente evidenziato come tali proposte riflettano il tentativo del legislatore di riappropriarsi di uno spazio decisionale in una materia finora fortemente segnata dall'intervento della Corte, dando luogo a soluzioni non sempre pienamente coincidenti con l'impostazione delineata nella sent. n. 242/2019.

In tale contesto, merita inoltre richiamare i disegni di legge attualmente in discussione alle Camere in materia di suicidio assistito⁷⁰, volti ad introdurre una disciplina organica della materia. Tali iniziative legislative si confrontano, in misura diversa, con il quadro delineato dalla Corte costituzionale a partire dalla sent. n. 242/2019: da un lato, esse tendono a recepire alcuni dei requisiti individuati dalla Consulta (quali la patologia irreversibile, la sofferenza intollerabile e la capacità di

⁷⁰ Disegni di legge in materia di morte volontaria medicalmente assistita e sul reato di istigazione o aiuto al suicidio (AA.SS. nn. 65, 104, 124, 570 e 1083)

autodeterminazione), dall'altro lato, introducono specificazioni e limiti ulteriori (in particolare sul piano procedurale e sul ruolo del servizio sanitario nazionale) che, in alcuni casi, sembrano restringere l'ambito applicativo dell'area di non punibilità delineata dalla giurisprudenza costituzionale. È da evidenziare come tali proposte riflettano il tentativo del legislatore di riappropriarsi di uno spazio decisionale in una materia fino ad adesso fortemente segnata dall'intervento della Corte, oscillando tra un'impostazione sostanzialmente ricognitiva dei principi elaborati dalla Corte e tentativi di ridefinizione più restrittiva o, in alcuni casi, estensiva dei presupposti di liceità dell'aiuto al suicidio⁷¹.

Alla luce di tali considerazioni, appare ormai indifferibile un intervento legislativo dello Stato che disciplini in modo compiuto e uniforme la materia del fine vita, garantendo omogeneità applicativa su tutto il territorio nazionale e certezza giuridica per operatori e pazienti. Solo una legge statale potrà assicurare un equilibrio stabile tra il principio di autodeterminazione del malato, il dovere pubblico di tutela della vita e la libertà di coscienza del personale sanitario, restituendo coerenza sistemica a un settore oggi affidato in larga misura all'interpretazione giurisprudenziale e all'iniziativa regionale.

La sent. n. 204/2025 ha definitivamente chiarito che l'attuale assetto, fondato sulla giurisprudenza costituzionale e su interventi regionali frammentari, non può rappresentare una soluzione stabile. Essa conferma che solo una legge statale può trasformare il nucleo minimo di tutela delineato dalla Corte in una disciplina coerente, uniforme e rispettosa dell'equilibrio tra autodeterminazione del paziente, tutela della vita e libertà di coscienza del personale sanitario.

⁷¹ F. VARI, *Ancora in tema di assistenza al suicidio ed eutanasia*, in *Consulta Online*, II, 2025; A. MASSARO, *Il nuovo disegno di legge in materia di suicidio medicalmente assistito: come può uno scoglio arginare il mare?*, in *Giurisprudenza penale*, 7-8, 2025.