

Il nuovo disegno di legge in materia di suicidio medicalmente assistito: come può uno scoglio arginare il mare?

di **Antonella Massaro**

Sommario. **1.** Un passo avanti della giurisprudenza, due passi indietro del legislatore. – **2.** La voce del silenzio: il mancato riferimento all'autodeterminazione terapeutica. – **3.** Io vorrei, non vorrei, ma se vuoi: nessun diritto, sola una libera scelta di cui deve farsi carico il paziente – **4.** Il tempo lentamente ci consuma: **a)** l'inserimento in un percorso di cure palliative – **4.1. b)** la dipendenza da trattamenti sostitutivi delle funzioni vitali. – **5.** Ancora tu, ma non dovevamo vederci più: dal comitato etico territorialmente competente al comitato nazionale di valutazione. – **6.** Come può uno scoglio, arginare il mare?

1. Un passo avanti della giurisprudenza, due passi indietro del legislatore

Le Commissioni riunite Giustizia e Affari sociali del Senato, lo scorso 2 luglio, hanno approvato, con il voto contrario delle opposizioni, il testo base in materia di fine vita, proposto dai relatori di maggioranza Pierantonio Zanettin (Forza Italia) e Ignazio Zullo (Fratelli d'Italia)¹.

Il termine per presentare emendamenti è fissato all'8 luglio, mentre il provvedimento dovrebbe arrivare in aula il 17 luglio.

Dopo anni di compromessi mancati e di conseguente immobilismo del legislatore, non passa certo inosservata l'accelerazione dell'*iter* parlamentare, con il dichiarato intento di "dare esecuzione" alla sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale, ma, di fatto, discostandosi in maniera vistosa da quel "contenuto minimo" individuato (e rivendicato) dal Giudice delle Leggi.

Presso la Corte costituzionale, pare opportuno precisarlo, è da poco pendente una questione relativa all'art. 579 c.p. (omicidio del consenziente), dal cui accoglimento deriverebbe una estensione dei contorni della morte volontaria medicalmente assistita (e penalmente irrilevante): dal suicidio assistito ai trattamenti eutanasi in senso stretto. A venire in considerazione, infatti, è la condizione di chi, materialmente impossibilitato ad assumere autonomamente il farmaco letale e sussistendo le altre condizioni richieste dalla sentenza n. 242 del 2019 (patologia irreversibile fonte di sofferenze che il paziente reputi intollerabili, persona tenuta

¹ [Nuovo testo n. NT1 alla congiunzione n. 65, 104, 124, 570, 1083, Petizione, n. 198, Petizione, n. 667, Petizione, n. 1028, 1408.](#)

in vita da trattamenti di sostegno vitale), richieda che la somministrazione del farmaco stesso avvenga *manu aliena*, da parte di un medico².

La giurisprudenza "getta il cuore oltre l'ostacolo", seguendo l'effetto domino imposto dal principio di ragionevolezza. Il legislatore risponde costruendo ostacoli nuovi, che con la ragionevolezza, in effetti, sembrano avere poco a che vedere.

Da una prima lettura dei quattro articoli di cui si compone il disegno di legge emergono almeno cinque aspetti problematici: 1) l'enfatica affermazione del carattere inviolabile e indisponibile del diritto alla vita e, per contro, il mancato riferimento all'autodeterminazione terapeutica; 2) l'estromissione del Servizio Sanitario Nazionale; 3) la necessità che la richiesta di suicidio provenga da una persona inserita nel percorso di cure palliative e 4) tenuta in vita da trattamenti sostitutivi di funzioni vitali; 5) il ruolo del Comitato nazionale di valutazione.

2. La voce del silenzio: il mancato riferimento all'autodeterminazione terapeutica

L'art. 1 del disegno di legge, rubricato, «inviolabilità e indisponibilità del diritto alla vita», stabilisce, al comma 1, che «il diritto alla vita è diritto fondamentale della persona in quanto presupposto di tutti i diritti riconosciuti dall'ordinamento. La Repubblica assicura la tutela della vita di ogni persona senza distinzioni in relazione all'età o alle condizioni di salute o ad ogni altra condizione personale e sociale».

Pur senza soffermarsi sull'enfasi dell'affermazione secondo cui il diritto alla vita è il presupposto di tutti i diritti riconosciuti dell'ordinamento (scalzando dal primo gradino del podio persino la sfavillante sicurezza), l'aspetto più evidente attiene alla mancata menzione alla autodeterminazione terapeutica.

Nella lettura proposta dalla Corte costituzionale italiana, la dialettica tra vita e autodeterminazione risulta chiaramente "sbilanciata" a favore della prima, con la seconda che si vede riconosciuta una posizione servente o, comunque, subordinata. Il diritto di scegliere, a certe condizioni, "come" e (con maggiore difficoltà) "quando" morire, ad ogni modo, è riuscito a ritagliarsi uno spazio di indubbio rilievo, che il disegno di legge, sia pur attraverso le sue norme programmatiche, parrebbe voler mettere in discussione.

3. Io vorrei, non vorrei, ma se vuoi: nessun diritto, sola una libera scelta di cui deve farsi carico il paziente

L'omissione che caratterizza l'art. 1, tuttavia, parrebbe andare ben oltre la valenza meramente simbolico-programmatica.

L'art. 4 del disegno di legge propone alcune modifiche alla legge n. 833 del 1978, tra cui l'introduzione di un nuovo comma nell'art. 25, con il quale si precisa che «le strumentazioni e i farmaci di cui dispone a qualsiasi titolo il Servizio sanitario

² [Trib. Firenze, IV sez. civ., ord. 30 aprile 2025, questa rivista, 19 giugno 2025.](#)

nazionale non possono essere impiegati al fine dell'agevolazione dell'esecuzione del proposito di cui al medesimo articolo 580 del codice penale».

Il Servizio Sanitario Nazionale, quindi, non avrebbe alcun ruolo sul versante della concreta attuazione di quella scelta terapeutica che, a fronte della assoluta indisponibilità della vita, neppure assumerebbe la consistenza di un diritto del paziente. Difendendo questo aspetto del disegno di legge, il Senatore Zullo ha dichiarato: «il suicidio assistito non è un diritto ma una libera scelta e chi fa questa libera scelta deve farsene carico. Per chi non può permettersela ci sono sempre i volontari e le collette. Noi abbiamo seguito i criteri della sentenza della Corte costituzionale»³.

I volontari e le collette, per la verità, sono estranei dall'impianto motivazionale della sentenza n. 242 del 2019 e, anzi, il dispositivo della pronuncia rimarca il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale. L'obiettivo è non solo evitare il rischio di poco auspicabili "privatizzazioni" della morte medicalmente assistita o, peggio, dell'introduzione di un aiuto a morire censitario, ma anche, più banalmente, quello di trarre le necessarie conseguenze dalla sussistenza di un diritto che trova il suo fondamento diretto nella Carta costituzionale.

La dialettica diritto-dovere fa da sfondo al ricorso alla scriminante dell'art. 51 c.p. nella vicenda giudiziaria apertasi a seguito della morte di Piergiorgio Welby: il medico ha il dovere di adempiere alla richiesta di disattivare il respiratore artificiale perché il paziente è titolare di un diritto all'interruzione del trattamento sanitario⁴, archiviando definitivamente i tempi del rifiuto di cure inteso come diritto costituzionalmente fondato, ma "inattuabile" per mancato intervento da parte della legge ordinaria⁵.

³ *Corriere della Sera*, 3 luglio 2025, 14. In senso contrario Filippo Anelli, Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici: «Chi prende una decisione così delicata deve poterlo fare nel rispetto della propria dignità, indipendentemente dalle disponibilità economiche. Il Ssn, con tutte le sue fragilità, resta il presidio che garantisce equità e tutela della persona. Escluderlo significa negare questi principi» (dichiarazione riportata, tra l'altro, in [Fine vita, le Commissioni approvano il testo base. Ecco cosa prevede, 2 luglio 2025, www.sanita33.it](https://www.sanita33.it)).

⁴ Trib. Roma, 23 luglio 2007: «quando si riconosce l'esistenza di un diritto di rango costituzionale, quale quello di autodeterminazione individuale e consapevole in materia di trattamento sanitario, non è, poi, consentito lasciarlo senza tutela, rilevandone, in assenza di una normativa secondaria di specifico riconoscimento, la sua concreta inattuabilità sulla scorta dell'esistenza di disposizioni normative di fonte gerarchica inferiore a contenuto contrario [...]. Il diritto al rifiuto dei trattamenti sanitari fa parte dei diritti inviolabili della persona, di cui all'art. 2 Cost., e si collega strettamente al principio di libertà di autodeterminarsi riconosciuto all'individuo dall'art. 13 Cost.».

⁵ Trib. Roma, Sez. I civ., 16 dicembre 2006, in riferimento alla prima parte della vicenda giudiziaria avviata dalle richieste di Piergiorgio Welby: «il diritto del ricorrente di richiedere la interruzione della respirazione assistita e distacco del respiratore artificiale, previa

Il Consiglio di Stato, poi, nella vicenda relativa al distacco del sondino nasogastrico che alimentava in maniera forzata Eluana Englaro, ha avuto modo di precisare che «a fronte del diritto, involabile, che il paziente ha, e – nel caso di specie – si è visto dal giudice ordinario definitivamente riconosciuto, di rifiutare le cure, interrompendo il trattamento sanitario non (più) voluto, sta correlativamente l’obbligo, da parte dell’amministrazione sanitaria, di attivarsi e di attrezzarsi perché tale diritto possa essere concretamente esercitato, non potendo essa contrapporre a tale diritto una propria nozione di prestazione sanitaria né subordinare il ricovero del malato alla sola accettazione delle cure»⁶.

Persino il ruolo riconosciuto dalla sentenza n. 242 del 2019 all’obiezione di coscienza, pur aprendo al rischio di depotenziare, in concreto, l’accesso al suicidio medicalmente assistito, non è in grado di compromettere, in astratto, la consistenza del diritto del paziente: il paziente resta titolare di un vero e proprio diritto all’aiuto a morire, pur non potendo pretenderne l’attuazione da parte di un medico in particolare, ma del sistema sanitario genericamente (e impersonalmente) inteso.

Nessuna selezione “per censo”, nessun caritatevole supporto di una inverosimile colletta, ma un diritto costituzionalmente “fondato” e normativamente “autosufficiente”, senza che sia necessaria una sua attuazione da parte del legislatore ordinario e senza che, soprattutto, il legislatore ordinario possa ridurlo al silenzio.

4. Il tempo lentamente ci consuma: a) l’inserimento in un percorso di cure palliative

Il disegno di legge propone l’inserimento di una causa di non punibilità per le condotte di aiuto materiale al suicidio in nuovo comma nell’art. 580 c.p., così formulato: «Non è punibile chi agevola l’esecuzione del proposito di cui al presente articolo, formatosi in modo libero, autonomo e consapevole, di una persona maggiorenne, inserita nel percorso di cure palliative, tenuta in vita da trattamenti sostitutivi di funzioni vitali e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche intollerabili, ma pienamente capace di intendere e di volere, le cui condizioni siano state accertate dal Comitato nazionale di valutazione di cui all’articolo 9-*bis* della legge 23 dicembre 1978, n. 833».

Il duplice requisito del previo inserimento in un percorso di cure palliative e della dipendenza da trattamenti sostitutivi di funzioni vitali individua un *novum* rispetto alla sentenza n. 242 del 2019, restringendo l’ambito applicativo della causa di non punibilità ai casi, residuali, di imminenza della morte. A venire in considerazione sono i soli pazienti con dolori talmente significativi da convincere gli stessi a richiedere la somministrazione di cure palliative, nonché con un decorso della

somministrazione della sedazione terminale, deve ritenersi sussistente [...], ma trattasi di un diritto non concretamente tutelato dall’ordinamento».

⁶ Cons. Stato, Sez. III, 2 settembre 2014, n. 44600.

malattia così avanzato che lo svolgimento delle funzioni vitali può risultare assicurato solo da dispositivi meccanici. I soli pazienti, insomma, rispetto ai quali (sembrerebbe suggerire il legislatore) la medaglia d'oro della vita nella classifica dei diritti fondamentali sembrerebbe irrimediabilmente appannata.

Con particolare riguardo alle cure palliative, l'art. 2 della legge n. 219 del 2017, rubricato «terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita», prevede che il medico debba adoperarsi per alleviare le sofferenze del paziente e che a tal fine, è sempre garantita un'appropriate terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative. L'art. 2, lettera a), della legge n. 38 del 2010 definisce le cure palliative come «l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici». Lo stesso articolo, alla successiva lettera b), precisa che la terapia del dolore consiste nell'«insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore».

Le cure palliative, quindi, si collocano in una prospettiva coordinata ma distinta rispetto alla morte medicalmente assistita, posto che non sono finalizzate ad anticipare il momento della morte, ma ad alleviare il dolore del paziente (e del suo nucleo familiare) nella fase immediatamente precedente a una fine della vita indipendente dalla volontà del paziente. La somministrazione delle cure palliative, in ogni caso, presuppone il consenso del paziente: qualora il medico, sia pur motivato dal solo scopo di alleviare le sofferenze di una paziente terminale, somministri allo stesso, senza il suo consenso, farmaci che producano l'effetto di accelerare la verifica dell'evento morte, può configurarsi la responsabilità per omicidio volontario (art. 575 c.p.)⁷.

Nell'ordinanza n. 207 del 2018 e nella sentenza n. 242 del 2019 compare la seguente affermazione: «il coinvolgimento in un percorso di cure palliative dovrebbe costituire, infatti, un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente»⁸. Nei periodi immediatamente precedenti, tuttavia, si sottolinea l'esigenza di adottare opportune cautele affinché «l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo

⁷ Cass., sez. IV pen., 23 febbraio 2024, n. 14369; Cass., sez. I pen., 30 settembre 2022, n. 48944.

⁸ Corte cost., ord. punto 10 del Considerato in diritto e Corte cost., n. 242 del 2019, punto 2.4. del *Considerato in diritto*.

concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza [...] in accordo con l'impegno assunto dallo Stato con la citata legge n. 38 del 2010»⁹.

La necessità delle cure palliative, in altri termini, si pone in termini non attuali, ma potenziali: sarebbe "ipocrita" o, comunque, irragionevole un sistema che, sia pur entro spazi limitati, ammettesse pratiche di suicidio medicalmente assistito senza però preoccuparsi di rafforzare l'effettività dell'accesso alle cure palliative, spesso compromesso da disfunzioni e inefficienze territoriali. Ben venga, quindi, il rafforzamento per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, secondo quanto previsto dall'art. 3 del disegno di legge. Cosa diversa, invece, è richiedere l'effettiva somministrazione di cure palliative come elemento costitutivo della causa di non punibilità, restringendone la portata in maniera, evidentemente, irragionevole. L'effetto sarebbe quello di una surrettizia imposizione di cure che dovrebbero restare affidate a un consenso del paziente diverso e ulteriore rispetto alla richiesta di morte medicalmente assistita, senza contare lo "slittamento in avanti" del momento a partire dal quale si può scegliere di porre fine alle proprie sofferenze.

4.1. b) la dipendenza da trattamenti sostitutivi delle funzioni vitali

Il disegno di legge prende posizione anche in riferimento a una delle condizioni più discusse tra quelle introdotte dalla Corte costituzionale: l'esigenza che la persona sia tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale.

L'eccentricità del requisito, che non trova equivalenti in ordinamenti diversi da quello italiano, è stata parzialmente compensata dalla sua ampiezza semantica, che ha consentito di estenderne l'ambito applicativo e di depotenziarne in maniera notevole l'efficacia selettiva.

Con la sentenza n. 135 del 2024, "ribadita" dalla sentenza n. 66 del 2024, la Corte costituzionale agisce su due fronti.

In primo luogo, al fine di superare il dubbio di legittimità costituzionale relativo alla necessaria attualità del trattamento, i giudici precisano che il diritto fondamentale del paziente, ricavabile dagli artt. 2, 13 e 32 Cost., comprende non solo il diritto a interrompere i trattamenti sanitari in corso, ma anche quello di rifiutare *ab origine* l'attivazione dei trattamenti stessi. I principi affermati nella sentenza n. 242 del 2019, quindi, varrebbero sia per il paziente già sottoposto a trattamenti di sostegno vitale (di cui può pretendere l'interruzione) sia per il paziente che necessiti, secondo una valutazione medica, dei trattamenti in questione (di cui può rifiutare l'attivazione): sarebbe paradossale, precisa la Corte, che il paziente debba accettare di sottoporsi a trattamenti di sostegno vitale solo per interromperli quanto prima, essendo la sua volontà quella di accedere al suicidio assistito¹⁰. Questa conclusione,

⁹ *Amplius*, S. CANESTRARI, *Ferite dell'anima e corpi prigionieri. Suicidio e aiuto al suicidio nella prospettiva di un diritto liberale e solidale*, Bononia University Press, 2021, 46 ss.

¹⁰ Corte cost., 1° luglio 2024, n. 135, punto 7.2. del *Considerato in diritto*.

certamente ragionevole, sembrerebbe però fondarsi su una lettura *praeter "legem"*, per nulla compatibile con il significato letterale della causa di non punibilità¹¹: estendere il concetto di dipendenza attuale (il solo significato, sembra, ricavabile dall'espressione "tenuta in vita"¹²) per comprendere anche quello di dipendenza potenziale significa ragionare per analogia, valorizzando una innegabile identità di *ratio*. Non è, però, un argomento scontato né, specie considerando la natura "eccezionale" della norma di cui si discute, con la conseguenza per cui presenta elementi di indubbia criticità la sua affermazione attraverso una sentenza interpretativa di rigetto.

In secondo luogo, la Corte attribuisce all'espressione "trattamento di sostegno vitale" un significato ampio, comprensivo di ogni trattamento sanitario praticato sul corpo del paziente, indipendentemente dal suo grado di complessità tecnica e di invasività, con particolare riguardo alle procedure normalmente compiute da personale sanitario, la cui esecuzione richiede certamente particolari competenze professionali, che, però, potrebbero apprese da familiari o "*caregivers*" che si facciano carico dell'assistenza del paziente. Ciò che importa è che queste procedure si rivelino in concreto necessarie ad assicurare l'espletamento di funzioni vitali del paziente, al punto che la loro omissione o interruzione determinerebbe prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo¹³.

Il disegno di legge supera a monte il problema, riformulando il requisito in maniera estremamente restrittiva. Il riferimento ai trattamenti sostitutivi di funzioni vitali parrebbe riferirsi, come precisato, unicamente a dispositivi di tipo meccanico, quali la nutrizione o la ventilazione forzate. La lettera della legge non sembra lasciare

¹¹ *Contra*, M. ROMANO, *Fine vita e suicidio assistito*, cit., 968, il quale, sia pur in maniera problematica, aveva ipotizzato che il trattamento di sostegno vitale dovesse intendersi non solo come il trattamento in corso, potendo il requisito riferirsi anche a quelle situazioni "sufficienti" all'attivazione del trattamento stesso.

¹² 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, 1476.

¹³ Corte cost., 1° luglio 2024, n. 135, punto 7.1. del *Considerato in diritto*. Il riferimento della Corte costituzionale al "breve lasso di tempo" di sopravvenienza della morte in assenza del trattamento di sostegno vitale risulta estremamente problematico (M. ROMANO, *Fine vita e suicidio assistito*, cit., 966-967, aveva ritenuto che il requisito in questione si riferisse ai trattamenti «il cui venir meno provocherebbe il decesso in tempi, se non immediati, almeno brevi»): o si ritiene che i trattamenti di sostegno vitale siano, in senso restrittivo, quelli in assenza dei quali sopraggiunga una morte pressoché immediata (sulle criticità di questa lettura restrittiva, F. LAZZERI, *A che punto è la notte? La liceità dell'aiuto al suicidio, oltre DjFabo: la nozione di "trattamenti di sostegno vitale" nella sentenza sul caso Trentini*, in *Sist. pen.*, 14 settembre 2020, § 11); oppure, affidandosi a espressioni "generiche" come quelle usate dalla Corte costituzionale, si finisce per attribuire rilevanza a un fattore temporale del tutto indeterminato, rimesso alla logica del "caso per caso" (L. GROSSI, *I "trattamenti di sostegno vitale" nel suicidio medicalmente assistito: la sentenza n. 135/2024 della Corte costituzionale*, in *Cass. pen.*, 6/2025, § 4).

marginari per una interpretazione che “riallinei” il requisito ai risultati cui la giurisprudenza (anche costituzionale) è pervenuta in riferimento ai trattamenti di sostegno vitale. Se la formulazione restasse inalterata e se l’impressione di una lettura necessariamente restrittiva risultasse confermata, il nuovo requisito, *ça va sans dire*, si esporrebbe a evidenti dubbi di legittimità costituzionale.

5. Ancora tu, ma non dovevamo vederci più: dal comitato etico territorialmente competente al comitato nazionale di valutazione

Nella versione dell’art. 580 c.p. riscritta dalla sentenza n. 242 del 2019, la “procedura scriminante” prevede, come noto, il previo parere del comitato etico territorialmente competente. Si tratta di un requisito indubbiamente controverso, specie perché derivante da una scelta del tutto discrezionale del Giudice delle Leggi, apparentemente priva di qualsiasi ancoraggio di sistema¹⁴.

Il disegno di legge “vede e rilancia”, prevedendo 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 legge 23 dicembre 1978, n. 833, introdotto dall’art. 4 dello stesso disegno di legge. Il comitato nazionale di valutazione è formato da sette componenti, di cui un giurista, scelto fra i professori universitari di materie giuridiche o gli avvocati abilitati al patrocinio di fronte alle giurisdizioni superiori, un bioeticista, un medico specialista in anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore, un medico specialista in medicina e cure palliative, un medico specialista in psichiatria, uno psicologo e un infermiere. Il comitato, poi, si pronuncia entro sessanta giorni dalla richiesta, prorogati di trenta giorni in caso di richiesta di ciascuno dei pareri di cui ai periodi precedenti. Il termine di rilascio del parere da parte del comitato nazionale di valutazione può essere prorogato, di trenta giorni, in caso di motivate esigenze.

In caso di accertamento dell’insussistenza dei requisiti di cui all’articolo 580, terzo comma, del codice penale, la richiesta può essere reiterata nei soli casi in cui è dimostrata dall’interessato l’intervenuta sussistenza dei requisiti medesimi e comunque non prima di centottanta giorni.

Il comitato nazionale di valutazione garantirebbe certamente una tendenziale uniformità di valutazioni sul territorio nazionale. Suscitano però delle perplessità, a prima lettura, tanto la sua composizione quanto i lunghi tempi di risposta¹⁵, che potrebbero rappresentare l’ennesimo ingombro sistemato su un percorso a ostacoli progettato per non essere condotto a termine.

¹⁴ S. TALINI, *Le addizioni di sistema. A proposito di interventi manipolativi e silenzi legislativi*, in *Federalismi.it*, 21 maggio 2025, 153.

¹⁵ Si rinvia sul punto alle considerazioni critiche espresse dalla Società Italiana di Neurologia (SIN), in [Suicidio medicalmente assistito. Sin: serve una legge equa, chiara, efficace e condivisa](https://www.panoramadellasanita.it), 4 luglio 2025, www.panoramadellasanita.it.

6. Come può uno scoglio arginare il mare?

Il filo conduttore che tiene insieme la riscrittura giurisprudenziale della morte medicalmente assistita nell'ordinamento italiano sembrerebbe quello offerto dal principio di ragionevolezza, che ha finito per avviare un effetto domino lento, faticoso, ma inesorabile e inarrestabile.

Si rende necessario chiarire, più esattamente, se e fino a che punto da differenze "naturalistiche" minime, derivanti dalla contingenza (e, quindi, dalla casualità) della singola patologia e/o dalle scelte del singolo paziente, possono derivare conseguente "giuridiche" vistosamente divergenti.

Non è ragionevole distinguere la condizione di chi, assolutamente dipendente da dispositivi meccanici, potrebbe trovare la morte chiedendone la disattivazione (Welby) da quella di chi, in ragione di una dipendenza severa ma non integrale dallo stesso dispositivo scelga di morire ingerendo un farmaco letale (Antoniani, Corte cost., n. 242/2019).

Non è ragionevole distinguere la condizione di chi sia già dipendente da un trattamento di sostegno vitale (Antoniani) e quella di chi non ne ha ancora bisogno, ma vuole porre fine alla propria vita prima che la malattia continui il suo inarrestabile e doloroso decorso (Massimiliano, Corte cost., n. 165/2024) o, ancora, di chi a fronte dell'indicazione clinica relativa all'alimentazione forzata, scelga di non procedere con un intervento al quale, vista la sua futilità, dovrebbe riconoscersi la consistenza di un mero accanimento terapeutico (R.N., E.A., Corte cost., n. 66/2025)¹⁶.

È ragionevole, allora, distinguere la condizione di chi può accedere a un ritrovato tecnologico capace di attivarsi con un mero impulso oculare e chi, nelle medesime condizioni, non abbia questa possibilità? È ragionevole trattare diversamente chi è ancora in grado di muovere le pupille o la bocca per attivare un'iniezione endovena o, ancora di deglutire, e chi, invece, non è più in grado di farlo? Se il Parlamento approvasse una legge prima che la Corte costituzionale si confronti con questi interrogativi e se, soprattutto, quella legge confermasse l'orientamento restrittivo emerso nell'ultimo disegno di legge, sarebbe verosimile che la questione di legittimità costituzionale sollevata in riferimento all'art. 579 c.p. si risolveva con una restituzione degli atti al giudice *a quo*.

Si tratterebbe, però, di un esito necessariamente provvisorio. Non è difficile immaginare l'avviarsi di una nuova spirale di questioni di legittimità costituzionale, per ripristinare almeno quel "contenuto minimo" perimetrato dalla Corte costituzionale.

La tessera che avvia il domino della ragionevolezza non è certo la sentenza n. 242 del 2019, ma il diritto di rifiutare le cure o di interrompere un trattamento già in atto, derivante dagli articoli 2, 13 e 32 Cost. A venire in considerazione è un diritto in senso stretto, non un lussuoso capriccio che ciascuno, se ritiene, può decidere

¹⁶ Cfr. M. DONINI, *Cerchiobottismo sui principi e aperture di fatto per le anime prigioniere*, in *Giur. cost.*, 5/2024, 1815-1816.



di soddisfare a proprie spese o, magari, avventurandosi in rocambolesche raccolte fondi e affidandosi al buon cuore di improbabili magnati del fine vita. A venire in considerazione è un diritto costituzionalmente fondato, che sussisterebbe indipendentemente dal suo formale riconoscimento da parte della legge n. 217 del 2019 e continuerebbe a sussistere anche a seguito di una riformulazione restrittiva dell'art. 580 c.p.

Non sarà uno scoglio, detto altrimenti, che riuscirà ad arginare il mare.

La prospettiva di un estenuante, svilente e perverso gioco dell'oca, allora, è poco auspicabile e radicalmente inaccettabile, specie per la pretesa di usare come pedine i corpi e le anime di chi potrebbe non avere abbastanza tempo per "passare dal via" all'ennesimo lancio di dadi.