

La Corte costituzionale si ferma: riflessioni su requisiti sostanziali, garanzie procedurali e centralità delle tutele a partire dalla sentenza n. 66 del 2025

Maria Esmeralda Bucalo, Lucia Craxì*

THE CONSTITUTIONAL COURT PAUSES: SUBSTANTIVE REQUIREMENTS, PROCEDURAL SAFEGUARDS, AND THE CENTRALITY OF PROTECTIONS IN RULING NO. 66 OF 2025

ABSTRACT: Starting from Constitutional Court Judgment No. 66/2025, which marks a halt in the Court's evolving approach to physician-assisted dying, the contribution highlights the structural limits of a regulatory framework shaped solely through constitutional case law – an inevitably casuistic method, unable to provide the systematic coherence required by the subject. The analysis distinguishes between the value-laden definition of substantive eligibility criteria and the central role of procedural safeguards as the actual sites of protection for vulnerable individuals. In this perspective, the Canadian regulatory framework is examined critically, with particular attention to its main procedural and organisational weaknesses.

KEYWORDS: Constitutional Court, ruling no. 66 of 2025; physician-assisted suicide; medical assistance in dying; autonomy; protection of life

ABSTRACT: Il saggio prende avvio dalla sentenza n. 66 del 2025, che segna una battuta d'arresto nella giurisprudenza sull'aiuto medico al morire, per mettere in luce i limiti di una regolazione affidata alle sole decisioni della Corte, inevitabilmente casuistica e priva della coerenza sistematica richiesta dalla materia. L'analisi distingue tra le scelte valoriali implicate nella definizione dei requisiti sostanziali e il ruolo delle garanzie procedurali quali sedi effettive di tutela delle persone vulnerabili. In questa prospettiva viene esaminata criticamente la disciplina canadese, con particolare attenzione alle sue principali criticità.

PAROLE CHIAVE: Corte costituzionale, sent. n. 66 del 2025; suicidio medicalmente assistito; assistenza medica al morire; autodeterminazione; tutela della vita

* Maria Esmeralda Bucalo, Professoressa associata di Diritto costituzionale e pubblico nell'Università degli Studi di Palermo, membro del Consiglio Scientifico del Centro di Ricerca COSCIENZA dell'Università degli Studi di Palermo. Mail: mariaesmeralda.bucalo@unipa.it. Lucia Craxì, Professoressa associata di Bioetica e Storia della Medicina nell'Università degli Studi di Palermo, membro del Consiglio Scientifico del Centro di Ricerca COSCIENZA dell'Università degli Studi di Palermo. Mail: lucia.craxi@unipa.it. Sebbene il lavoro sia frutto della riflessione congiunta di entrambe le autrici, Maria Esmeralda Bucalo è autrice dei par. 1,2,6 e Lucia Craxì dei par. 3,4,5,7; entrambe hanno scritto il par. 8. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

SOMMARIO: Premessa – 1. Il fatto, il *petitum* e l'irrigidimento del principio di corrispondenza fra chiesto e pronunciato – 2. Le argomentazioni relative alla infondatezza delle censure di incostituzionalità – 3. Il ragionamento per analogia quale strumento per colmare il vuoto normativo in materia di aiuto medico al morire – 4. I limiti del metodo casuistico – 5. I due modelli regolativi sottesi alle richieste del giudice rimettente e della difesa – 6. La "scelta per la vita" della Corte e i "nuovi" appelli al legislatore – 7. Requisiti o procedure: dove si colloca il vero nodo critico? – 7.1 La prognosi "ragionevolmente prevedibile" – 7.2. Il requisito dell'irrimediabilità – 7.3. Il ruolo del contesto socioeconomico – 7.4. Le criticità nei requisiti procedurali – 8. Il passo mancato: continuità, requisiti e tutela della discrezionalità del legislatore nella sentenza n. 66 del 2025.

Premessa

Il presente contributo muove da un'analisi approfondita della sentenza n. 66 del 2025 della Corte costituzionale, che segna una battuta d'arresto nell'evoluzione della giurisprudenza in materia di aiuto medico al morire. A partire da tale decisione, il saggio intende evidenziare i limiti strutturali dell'affidare la regolazione di questa materia complessa alle sole pronunce della Corte: un metodo inevitabilmente casuistico, costruito su casi specifici e su parametri normativi circoscritti, che produce decisioni necessariamente frammentarie, soggette a oscillazioni interpretative e incapaci, da solo, di fornire una disciplina coerente e sistematica. La sentenza n. 66 del 2025 rappresenta un esempio emblematico di tali aporie: la scelta della Corte di attenersi rigidamente alla propria giurisprudenza precedente, evitando ulteriori aperture analogiche, mette in luce il rischio speculare di un approccio eccessivamente conservativo e statico, privo dell'ampiezza di respiro che solo un intervento legislativo organico può garantire.

Su questa premessa metodologica si costruisce l'argomentazione del saggio, articolata lungo due direttrici fondamentali. In primo luogo, si affronta il tema dei requisiti sostanziali per l'accesso al suicidio medicalmente assistito, mostrando come la loro definizione implichi scelte valoriali non neutre, che spettano al Parlamento nel quadro del bilanciamento costituzionale delineato dalla Corte. In secondo luogo, si esamina il ruolo delle garanzie procedurali, evidenziando come esse costituiscano la sede nella quale si gioca la reale tutela delle persone vulnerabili: non tanto nei criteri sostanziali di accesso, quanto nella capacità del sistema di prevenire pressioni esterne, abusi, disuguaglianze applicative e compressioni dell'autodeterminazione.

Per rendere evidente questo punto, il saggio sviluppa un'analisi comparata della disciplina canadese, oggi uno dei laboratori più discussi di regolazione dell'assistenza medica al morire. L'esame ravvicinato delle sue criticità mostra come i principali rischi per le persone fragili emergano non dalla scelta legislativa sui requisiti sostanziali (prognosi infausta, irrimediabilità, sofferenza intollerabile), ma piuttosto dalle condizioni procedurali, organizzative e socio-economiche entro cui tali requisiti si inseriscono: dalla vaghezza di alcune formule normative, alla carenza di controlli terzi, alla possibilità per i clinici di proporre attivamente la MAID, fino alle disuguaglianze nell'accesso alle cure e ai sostegni sociali.

Alla luce di queste considerazioni, la riflessione complessiva mette in evidenza come solo un intervento legislativo capace di definire in modo chiaro i principi, i requisiti e soprattutto le procedure possa colmare le lacune lasciate dal metodo casuistico e garantire un bilanciamento effettivo tra autodeterminazione, tutela della vita e protezione dei soggetti vulnerabili. La sentenza n. 66 del 2025, pur riaffermando un limite minimo costituzionalmente imposto, conferma dunque l'urgenza di un quadro normativo che affronti con coerenza e responsabilità i nodi sostanziali e procedurali dell'assistenza medica al morire.



1. Il fatto, il *petitum* e l'irrigidimento del principio di corrispondenza fra chiesto e pronunciato

Le riflessioni a quattro mani che si rendono in questo lavoro necessitano di una breve ricostruzione dei fatti oggetto del giudizio *a quo*. Essa è utile a chiarire le motivazioni che muovono il ragionamento e che hanno portato la Corte costituzionale a dichiarare nuovamente con la sentenza n. 66 del 2025 la non fondatezza della questione di legittimità costituzione dell'art. 580 c.p. «nella parte in cui prevede la punibilità della condotta di chi agevola l'altrui suicidio nella forma di aiuto al suicidio medicalmente assistito di persona non tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale affetta da una patologia irreversibile fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili che abbia manifestato la propria decisione, formata in modo libero e consapevole, di porre fine alla propria vita»¹.

La questione era stata sollevata con ordinanza del GIP del Tribunale di Milano nel giugno 2024, in riferimento agli art. 2, 3, 13, e 32 co. II e 117 co. I Cost., quest'ultimo parametro interposto rispetto agli art. 8 e 14 CEDU, dovendo costui decidere delle richieste di archiviazione nei confronti di Marco Cappato avanzate dalla Procura della Repubblica, in due procedimenti penali poi riuniti.

Si trattava di due pazienti che avevano rifiutato *trattamenti sanitari da loro ritenuti futili e inutili* e che avevano chiesto aiuto all'indagato, affinché li conducesse in auto presso strutture sanitarie svizzere ove il loro decesso avvenne per autosomministrazione di un farmaco letale².

Il giudice *a quo* rigettava la richiesta di archiviazione della procura, fondata sulla equivalenza fra la rinuncia ad un trattamento sanitario di sostegno vitale in atto e il rifiuto di uno futile o inutile in quanto espressivo di accanimento terapeutico³, e sollevava la questione, ritenendo che nei casi di specie la condotta dell'indagato fosse riconducibile all'art. 580 c.p., poiché mancava uno dei requisiti indicati dalla Corte costituzionale nella sent. n. 242 del 2019 ai fini della non punibilità di chi commette tale reato.

Come è noto, tali requisiti sono tre: l'essere il paziente soggetto a una patologia irreversibile, che rechi sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e la capacità dello stesso di assumere decisioni libere e consapevoli. A questi si aggiunge poi il requisito procedurale, posto dalla Corte a tutela delle persone deboli e vulnerabili, per il quale tali condizioni sostanziali e le modalità di esecuzione della procedura di suicidio medicalmente assistito «siano state verificate,

¹ Corte cost., 20 maggio 2025, n. 66.

² L'indagato, tornato in Italia, si era autodenunciato in entrambi i casi, dando avvio ai procedimenti penali *a quibus*. I pazienti erano affetti da patologie molto diverse. Nel caso di E.A. si trattava di un microcitoma polmonare, trattato con farmaci chemioterapici, che ben presto aveva sviluppato resistenza a tali farmaci e a quelli immunoterapici, producendo molteplici e ulteriori formazioni. Il paziente rifiutava ulteriori cicli chemioterapici ritenendoli futili. Mentre a R.N. era stato diagnosticato un Parkinson atipico, che determinava la rapida e progressiva perdita della autonomia in tutte le attività quotidiane, senza incidere sulle facoltà cognitive; aveva rifiutato la PEG che il medico aveva indicato a causa della grave disfagia cui era soggetto e che lo costringeva fra l'altro a frequente trattazione delle secrezioni bronchiali; era soggetto inoltre a incontinenza, immobilità con le conseguenti ulcere cutanee dovute all'allettamento e alla totale dipendenza nelle cosiddette *activities of day living*. Il paziente manifestava l'intenzione di porre fine volontariamente alla propria vita poiché riteneva che nessuna terapia avrebbe potuto migliorare la sua condizione. Si vedano i punti 1 (spec. 1.4) del Ritenuto in fatto e 1 del Considerato in diritto.

³ Si legge nell'ordinanza di remissione n. 164 del 2024 del GIP del Tribunale di Milano, ripresa dal punto 1.3 del Ritenuto in fatto della sentenza in esame, che il remittente riteneva che la richiesta di archiviazione del P.M. avrebbe comportato applicazione analogica della causa di giustificazione elaborata dalla Corte, stante la «irriducibilità di fondo dei due presupposti».

nell'ambito di "una procedura medicalizzata" di cui alla legge n. 219 del 2017, da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente»⁴.

Come anche rilevato dalla Corte, l'ordinanza di rinvio oggetto della nuova questione di legittimità costituzionale e quella che aveva dato luogo alla sentenza n. 135 del 2024, pur avendo in comune i medesimi dubbi relativi alla compatibilità costituzionale del requisito della dipendenza del paziente da un trattamento di sostegno vitale quale elemento necessario ai fini della non punibilità del reato di cui all'art. 580 c.p., muovevano da fattispecie diverse: nel caso trattato nel 2024 al paziente, affetto da SLA, non erano stati (ancora) indicati trattamenti di sostegno vitale né la sedazione palliativa profonda e continua; nel caso del 2025 invece i pazienti avevano ritenuto inutili le indicazioni terapeutiche.

L'ordinanza di remissione, depositata dal giudice *a quo* quando ancora non era stata pubblicata Corte cost. 18 luglio 2024 n. 135, chiedeva dunque al Giudice delle Leggi di eliminare del tutto il requisito del trattamento di sostegno vitale da quelli individuati nella sentenza n. 242 del 2019 come necessari ai fini dell'accesso alle procedure di morte medicalmente assistita, tentando così, similmente a quanto già fatto dal Tribunale di Firenze con l'ordinanza che aveva sollevato la questione risolta con la sentenza n. 135 del 2024, di estendere la platea dei destinatari dei procedimenti di morte medicalmente assistita⁵.

⁴ Così Corte cost. 18 luglio 2024 n. 135, punto 6.2 del Considerato in diritto. Molteplici i commenti a questa sentenza. Si vedano *ex multis* D.C. LEOTTA, *L'aiuto al suicidio del malato tenuto in vita da un trattamento di sostegno vitale: l'art. 580 c.p. torna davanti alla Corte costituzionale*, in *Consulta Online*, II, 2024, 693 ss.; A. RUGGERI, *La Consulta equilibrista sul filo del fine-vita (a prima lettura di Corte cost. n. 135 del 2024)*, ibidem, 931 e ss.; P. VERONESI, *A primissima lettura: se cambia e se può ulteriormente cambiare il "fine vita" in Italia dopo la sentenza n. 135 del 2024*, in questa rivista, 3, 2024; A. CANDIDO, *Il fine vita tra Stato e Regioni*, in *Consulta Online*, III, 2024, 989 ss.; U. ADAMO, *La Corte costituzionale ritorna ancora sull'aiuto al suicidio, ma non scrive l'ultima parola*, in *Iecostituzionaliste.it*; A.R. VITALE, *La morte assistita e i trattamenti di sostegno vitale come problemi biogiuridici*, in *Consulta Online*, III, 1075; F. CEMBRANI, *Ricadute pratiche della sentenza n. 135 del 2024 della Corte costituzionale che, pur non smentendo sé stessa, ha (di fatto) esteso il diritto di accesso alla morte assistita*, in *Stato, Chiese e Pluralismo confessionale*, 2025, 2, 31 ss.; B. LIBERALI, *Ancora sul fine vita primissima. Commento a Corte cost. n.135/2024*, in *Giustizia Insieme*, 12 novembre 2024; A. RIDOLFI, *Il fine vita fra giurisprudenza costituzionale e perdurante inerzia del legislatore. (Osservazioni a C. cost., sent. n. 135 del 2024)*, in *Nomos. Le attualità del diritto*, 2024, fasc. 3; F. VIVALDELLI, «Questa Corte intende integralmente confermare». *Note a margine di Corte cost. n. 135/2024 in tema di trattamenti di sostegno vitale e aiuto al suicidio*, in *Corti Supreme e salute*, 2024, fasc. 3, 1 ss.; F. PARUZZO, *La Corte costituzionale torna ancora sul suicidio assistito. Ma l'ultima parola non può che spettare al legislatore*, in *Diritti comparati*, 8 gennaio 2025; O. SPATARO, *Lo statuto giuridico del fine vita fra giurisprudenza costituzionale e legislazione regionale*, in *Diritti Fondamentali*, 2025, fasc. 1, 237 ss.; G.S. STEGHER, *Il formante giurisprudenziale nella costruzione di un ipotetico formante legislativo in tema di fine vita*, in *Nomos*, 2, 2024, 12 ss.; A.R. VITALE, *La morte assistita e i trattamenti di sostegno vitale come problemi biogiuridici tra il nominalismo della Corte costituzionale e l'ontologia della realtà (giuridica)*, in *Consulta Online*, 3, 2024, 1075 ss.

⁵ Al medesimo tentativo deve ascriversi anche la proposizione nel 2021 del referendum abrogativo sull'art. 579 c.p., dichiarato inammissibile da Corte cost., 15 febbraio 2022, n. 50. Se tale consultazione fosse stata celebrata e avesse avuto esito positivo la disposizione sull'omicidio del consenziente sarebbe stata "ritagliata" e avrebbe disposto che fossero applicate le disposizioni penali sull'omicidio solo a colui il quale lo avesse compiuto 1) contro una persona minore degli anni diciotto; 2) contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti; 3) contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno. Secondo la Corte in questo modo si sarebbe resa «penalmente lecita l'uccisione di una persona con il consenso della stessa, fuori dai casi in cui il consenso risulti invalido per l'incapacità dell'offeso o per un vizio della sua formazione [...] sicché la norma verrebbe a sancire, all'inverso di quanto attualmente avviene, la piena disponibilità della vita da parte di chiunque sia in grado di prestare un valido consenso alla propria morte, senza alcun riferimento limitativo [...]» (e



Come sovente accade nell'ambito di temi eticamente sensibili e che incidono sul principio di autodeterminazione terapeutica, la mera analisi dei fatti evidenzia l'introduzione di «problemi giuridici nuovi»⁶ nella riflessione sulle condizioni di legittimità per accedere ai procedimenti di morte medicalmente assistita. Tale tentativo trova fondamento in due assunti, che la Corte confuterà. Il primo è che il requisito applicativo della causa di giustificazione dell'art. 580 c.p. della dipendenza del paziente dai trattamenti di sostegno vitale comporti una irragionevole disparità di trattamento fra soggetti in situazioni analoghe basata su una condizione personale del tutto accidentale e dipendente dalla tipologia della malattia.

Il secondo è che il requisito della dipendenza del paziente dal trattamento di sostegno vitale comporti una ingerenza dello Stato nell'autodeterminazione terapeutica del malato contraendola, tanto è vero che essi non sono praticati, né praticabili ai sensi dell'art. 2, co. II, legge n. 219 del 2017 laddove qualificabili come accanimento terapeutico⁷.

La richiesta del giudice *a quo* presenta però delle asperità concettuali e argomentative, che hanno costituito un ottimo appiglio per la Corte costituzionale, per rigettare la questione di incostituzionalità proposta. Barricandosi dietro la stretta osservanza della corrispondenza fra chiesto e pronunciato, il Giudice delle Leggi ha, infatti, affermato di essere tenuto «a fornire risposta unicamente alle censure formulate nell'ordinanza di rimessione»⁸, segnando così un deciso allontanamento dalla lettura elastica di questo

l'omicidio del consenziente) non risulterebbe affatto circoscritto alla causazione [...] della morte di una persona affetta da malattie gravi e irreversibili» (così Corte cost., 15 febbraio 2022, n. 50, punto 3.2 del Considerato in diritto). Anche la sentenza n. 50 del 2022 è stata molto commentata, si veda *ex multis* S. TROZZI, *Aspetti de iure condito e prospettive de iure condendo in materia di fine vita. La Consulta si pronuncia per l'inammissibilità del referendum sull'art. 579 c.p.*, in *Diritti Fondamentali*, 1, 2022, 336 e ss.; G. LUCCIOLI, *Le ragioni di un'inammissibilità. Il grande equivoco dell'eutanasia*, in *Giustizia Insieme*, 8 marzo 2022; S. PENASA, *Una disposizione necessaria ma un bilanciamento non costituzionalmente vincolato? Prime note alla sentenza n. 50 del 2022 della Corte costituzionale*, in *Diritti Comparati*, 17 marzo 2022; A. RUGGERI, *Autodeterminazione versus vita, a proposito della disciplina penale dell'omicidio del consenziente e della sua giusta sottrazione ad abrogazione popolare parziale (traendo spunto da Corte cost. n. 50 del 2022)*, in *Diritti Fondamentali*, 2022, 1, 464 ss.; F.A. SANTULLI, *«Quando il mio ultimo giorno verrà»: brevi riflessioni a margine di Corte cost. n. 50 del 2022 in materia di omicidio del consenziente*, in *Consulta Online*, 2022, 478 ss.; O. CARAMASCHI, *Diritto alla vita e diritto alla autodeterminazione: un diverso bilanciamento è possibile? (a margine di Corte cost. sent. n. 50 del 2022)*, ibidem, 739 ss.; A. PUGIOTTO, *Eutanasia referendaria. Dall'ammissibilità del quesito alla incostituzionalità dei suoi effetti: metodo e merito nella sent. n. 50/2022*, in *Rivista AIC*, 2 del 2022, 83 ss.; M. LADU, *Il quesito referendario sulla eutanasia legale al vaglio della Corte costituzionale*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 3 2022, 309 ss.

⁶ Così Corte cost. 20 maggio 2025, n. 66 punto 4.1 del Considerato in diritto, che riprende la memoria illustrativa della difesa parte.

⁷ A quest'ultima considerazione il giudice *a quo* giunge col conforto delle consulenze richieste dalla procura, le quali qualificavano i trattamenti di sostegno vitale come: «a) non curativi, ma di sostituzione permanente o transitoria delle funzioni di un organo oramai compromesse, allo scopo di tenere in vita il paziente e b) che si trovano in rapporto diretto con il mantenimento in vita del paziente, nel senso che la sospensione ne determina necessariamente la morte in un tempo più o meno lungo». Gli stessi consulenti peraltro affermavano che il supporto vitale non sarebbe un «passo obbligato fra la vita e la morte», come concordemente ritenuto da «larghissima parte della comunità medica, clinica e scientifica».

⁸ Corte cost. 20 maggio 2025, n. 66 punto 4.2 del Considerato in diritto.

principio, che aveva consentito nelle decisioni sul “caso Antoniani” di porre il *decisum* ad una latitudine ben diversa rispetto a quella del *petitum* dell’ordinanza di rimessione⁹.

Come è stato rilevato in dottrina, in quella decisione la Corte aveva delimitato la parte dell’art. 580 c.p. «su cui “fare cadere” la declaratoria di incostituzionalità» e indicato come parametro di costituzionalità anche «l’art. 32 Cost., non espressamente evocato dal remittente nell’atto introduttivo ma, pur tuttavia, sotteso alle sue argomentazioni»¹⁰.

A riprova che l’irrigidimento della lettura del *petitum* sia stata una scelta precisa è la presenza nell’atto di costituzione della parte di una lettura maggiormente ponderata della questione (della quale la Corte non tiene conto), che sosteneva la possibilità che con una sentenza interpretativa di accoglimento si sarebbe potuta «riconoscere una nuova e diversa ipotesi di non punibilità dell’aiuto al suicidio, caratterizzata dalla presenza, oltre che dei requisiti “procedurali” e dei tre requisiti sostanziali [...], di un ulteriore requisito *alternativo* rispetto all’essere il paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale, rappresentato - appunto - dalla prognosi infausta a breve termine»¹¹. Tale ipotesi sarebbe stata sostenuta dalla «medesima *ratio* che sorregge la sentenza n. 242 del 2019».

In questo modo, ad avviso della difesa, si sarebbe evitato di costringere i pazienti con prognosi infausta a breve termine ad attendere il momento in cui l’avanzare della malattia comporti l’indicazione medica dell’attivazione dei trattamenti di sostegno vitale, riconoscendo loro il diritto di rifiutarle, decidendo invece di concludere subito la vita, nel rispetto della loro visione della dignità personale.

D’altro canto, l’idea che quella in commento sia solo una delle pronunce in cui la Corte si radicalizzi nella scelta di attenersi a quanto chiesto dal giudice remittente, non volendo estendere ulteriormente la propria giurisprudenza in tema di fine della vita, è confermato dalla recentissima sentenza n. 132 del 2025¹², che ha dichiarato inammissibile la questione di costituzionalità sollevata dal Tribunale di Firenze, che richiedeva sostanzialmente una additiva di principio che estendesse anche all’art. 579 c.p. (omicidio del consenziente) le condizioni di non punibilità già individuate per l’art. 580 c.p.

In particolare, il caso da cui originava la sentenza era quello di una donna, nota con lo pseudonimo di “Libera”, che, affetta da SLA, era divenuta tetraplegica. Sebbene riconosciuta in possesso di tutti i requisiti per accedere alla procedura di suicidio medicalmente assistito, Libera non era però nelle condizioni di

⁹ Analogo allontanamento dalla “lettura elastica” del principio di corrispondenza fra chiesto e pronunciato si riscontra, invero, in tutta la più recente giurisprudenza costituzionale in tema di fine vita: sia nelle citate sent. n. 135 del 2024 e n. 50 del 2022.

¹⁰ F. BIONDI, *I processo costituzionale*, in *Questione Giustizia*, 4, 2020, secondo la quale nell’ordinanza n. 207 del 2008 e nella sentenza n. 242 del 2019 la Corte ha manipolato il *thema decidendum* e «corretto, se non forse riscritto, la questione, scegliendo *che cosa* decidere». Analogamente si veda M. D’Amico, *Il “Caso Cappato” e le logiche del processo costituzionale*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 24 giugno 2019, 1 ss.

D’altro canto, non si può non ricordare come la giurisprudenza costituzionale più volte ha precisato che rientri nei suoi poteri esplicitare quanto desumibile nell’atto introduttivo, rivedendo il *thema decidendum* alla luce di quanto non detto negli atti introduttivi, ma ivi sottinteso (si veda per esempio Corte cost., 31 maggio 2018, n. 116 nella quale si legge al punto 1.1 del Considerato in diritto «L’irragionevolezza della disposizione censurata e la lesione del principio di tutela del legittimo affidamento vengono evocate unicamente in relazione all’art. 41 Cost., senza che, né nel dispositivo, né nella motivazione, sia menzionato il parametro costituzionale dell’art. 3. Si può ritenere, tuttavia, che il riferimento all’art. 3 Cost. emerga in modo sufficientemente chiaro, ancorché implicito, dal contesto dell’ordinanza di rimessione»). In tema C. NARDOCCI, *Il diritto al giudice costituzionale*, Napoli, 2020, 237 ss.

¹¹ Corte cost. 20 maggio 2025, n. 66 punto 3.2. del Ritenuto in fatto e 4.1 del Considerato in diritto.

¹² Corte cost., 8 luglio 2025 n. 132.



autosomministrarsi il farmaco letale e chiedeva al giudice remittente un provvedimento di urgenza ex art. 700 c.p.c. che autorizzasse il terzo a tale somministrazione, perché la ASL non era riuscita a reperire sul mercato la strumentazione necessaria a tale autonoma somministrazione.

La Corte, in questo caso, ritiene addirittura di non dover entrare nel merito della questione, arrestando il proprio scrutinio dinanzi a una declaratoria di inammissibilità, determinata da una carente istruttoria del giudice a quo. Quest'ultimo aveva infatti richiesto il reperimento dei macchinari unicamente all'azienda sanitaria locale, senza rivolgersi anche alle autorità sanitarie nazionali, cui tale attività sarebbe deputata anche alla luce della sentenza n. 242 del 2019. Una simile omissione ridonda, secondo la Corte, sulla stessa rilevanza della questione¹³.

2. Le argomentazioni relative alla infondatezza delle censure di incostituzionalità

Fin dalle prime battute della parte motiva della sent. n. 66 del 2025, il Giudice delle Leggi ritiene con forza che il presupposto ermeneutico sul quale si fondano le censure di incostituzionalità, per il quale l'area di non punibilità di cui alla sent. n. 242 del 2019 non si estenda ai pazienti che rifiutino l'attivazione, pur indicata, dei trattamenti di sostegno vitale, sia del tutto non corretto.

La Corte, infatti, integralmente confermando le argomentazioni della sent. 135 del 2024, ribadisce l'inesistenza della lesione dell'art. 3 Cost., poiché non vi è distinzione fra i pazienti già sottoposti a tali trattamenti e che hanno il diritto di interromperli e quelli che, necessitando per sopravvivere della loro attivazione come da indicazione medica, possono invece rifiutarli (ai sensi dell'art. 1 co. 5 della legge n. 219 del 2017), ritenendoli futili.

In entrambi i casi i pazienti potranno accedere alle procedure di morte medicalmente assistita, perché «sarebbe, del resto, paradossale che il paziente debba accettare di sottoporsi ai trattamenti di sostegno vitale per interromperli quanto prima, essendo la sua volontà quella di accedere al suicidio assistito»¹⁴.

Ciò perché, come fatto presente dalla Corte già nel 2024, il diritto di rifiutare il trattamento medico da un lato deriva dal diritto al consenso informato delle proposte terapeutiche del medico, dall'altro è legato alla tutela della dimensione corporea della persona contro ogni ingerenza esterna non consentita, atteggiandosi come libertà negativa a non subire trattamenti indesiderati, anche laddove siano mirati a tutelare la salute o addirittura la sua permanenza in vita.

Non è evidentemente equiparabile a quelle descritte la situazione di chi decida di rifiutare trattamenti che non possono definirsi di sostegno vitale¹⁵, giustificandosi per costoro la diversità di disciplina, poiché non si trovano (ancora) a poter optare di terminare la propria vita ai sensi della legge n. 219 del 2017.

Sarà di conseguenza compito del remittente valutare la sussistenza delle situazioni descritte nei pazienti il cui suicidio è stato agevolato dall'indagato.

¹³ D'altro canto, è facile per la Corte ricordare non solo la motivazione della sentenza n. 242 del 2019, ma anche il caso da cui la stessa decisione scaturì, poiché Fabiano Antoniani, anch'egli tetraplegico, era stato condotto da Marco Cappato presso una struttura sanitaria Svizzera, dove si era autoiniettato il farmaco letale per mezzo di un macchinario azionato con la bocca (Corte cost., 8 luglio 2025 n. 132, punto 4.1. del Considerato in diritto).

¹⁴ Corte cost., 18 luglio 2024 n. 135, punto 7.3 del Considerato in diritto, ripresa anche dalla sentenza in commento al punto 5.1 del Considerato in diritto.

¹⁵ Tali sono quelli la cui omissione o interruzione non comporta la morte del paziente in un breve lasso di tempo.

Gli stessi rilievi fanno cadere la supposta lesione del diritto all'autodeterminazione terapeutica, che nel nostro ordinamento costituzionale si trae dalla interpretazione in combinato disposto degli art. 2, 13 e 32 Cost., poiché nessuna disciplina impone al paziente di sottoporsi al trattamento di sostegno vitale al solo scopo di poterlo rifiutare e accedere al suicidio medicalmente assistito (laddove ovviamente sussistano le condizioni sostanziali e procedurali di cui alla sent. n. 242 del 2019).

La confutazione di tale argomentazione costituisce, però, lo spunto per la Corte per ricordare il "margine di discrezionalità" che ha riconosciuto al legislatore nel dovuto bilanciamento fra il principio di autonomia del paziente nelle scelte terapeutiche che coinvolgono il proprio corpo e il dovere di tutelare la vita. Sarà quindi il legislatore, con le dovute garanzie contro gli abusi, a poter disporre che l'accesso al suicidio assistito possa essere riconosciuto anche a chi non dipenda da trattamenti di sostegno vitale, ma sia comunque capace di assumere decisioni libere e responsabili e sia affetto da patologie irreversibili che gli cagionino sofferenze intollerabili.

La Corte ribadisce, dunque, che il suo compito, in assenza dell'intervento del legislatore: fissare il "limite minimo", costituzionalmente imposto alla luce del quadro legislativo esistente, fra la tutela dei due diritti in conflitto¹⁶.

La tutela della discrezionalità del Legislatore costituisce anche lo spunto per dichiarare non fondate le censure relative agli art. 8 (diritto alla autodeterminazione) e 14 (divieto di discriminazione) della CEDU. Per questo la Corte si rifà alla sentenza della Corte EDU sul caso *Karsai c. Ungheria*¹⁷, con la quale è stato per l'ennesima volta riconosciuto agli Stati un "considerevole margine di apprezzamento" in ordine al bilanciamento di cui sopra, spettando loro la valutazione circa le implicazioni sociali e i rischi di abuso e di errore della legalizzazione delle procedure di aiuto al suicidio e la liceità delle limitazioni dell'aiuto al suicidio solo a pazienti che abbiano già la possibilità di rifiutare i trattamenti di sostegno vitale.

In disparte la citazione della sentenza *Karsai*, già presente nella sentenza n. 135 del 2024, è bene ricordare però che la Corte EDU utilizza "il margine di apprezzamento" come utile grimaldello per adottare decisioni in tema di fine della vita spesso molto diverse fra loro e non ragionevolmente riconducibili ad un orientamento giurisprudenziale univoco, che non sia quello di assecondare le volontà degli Stati, spesso fra loro molto diverse, evitando di fatto di prendere posizione.

¹⁶ Come già fatto in Corte cost., 18 luglio 2024 n. 135, punto 7.2 del Considerato in diritto, richiamata dalla sentenza in commento al punto 6.2 del Considerato in diritto.

In questo bilanciamento bene si legano, in una lettura sinottica le sentenze n. 242 del 2019 e n. 50 del 2022. Infatti, la prima ha ritenuto insostenibile la prevalenza assoluta del diritto alla vita e la compressione della autodeterminazione del paziente laddove nelle condizioni prescritte il paziente possa porre termine alla propria vita rifiutando i trattamenti di sostegno vitale o chiedendone la interruzione; la sentenza n. 50 del 2022 dichiarava, invece, l'invalidità del referendum abrogativo relativo all'art. 579 c.p., in ragione della posizione apicale è riconosciuta al diritto alla vita nel nostro sistema di valori costituzionali, per la qual cosa sarebbe stata incostituzionale una disciplina che la avrebbe fatta dipendere dalla sola libertà di autodeterminazione e dalla mera volontà di un soggetto di volervi porre fine (punto 5.3 del Considerato in diritto).

¹⁷ Corte EDU, 13 giugno 2024, *Karsai c. Ungheria*. Su questa sentenza G. RAZZANO, *I confini indispensabili del sostegno vitale*, in *Avvenire* del 27 giugno 2024; R. D'ANDREA, *La vita come "controlimite" all'autodeterminazione responsabile: denegata giustizia? I dubbi self restraint di alcune Corti costituzionali europee e della Corte EDU*, in *Sistema penale*, 17 dicembre 2024; B. AURICCHIO, *Il suicidio assistito all'esame della Corte Europea dei diritti dell'Uomo*, in *Giustizia Civile.com*, 5 agosto 2025.

Vero è che in quella pronuncia, come anche richiamata dalla Corte costituzionale¹⁸, la Corte EDU ha evidenziato le difficoltà di accertare che la decisione del paziente sia realmente autonoma, soprattutto in quei casi in cui si tratti di malattie neurodegenerative in stato avanzato a causa delle quali i pazienti possono perdere la capacità di comunicare¹⁹.

È altrettanto vero però che la medesima attenzione la Corte di Strasburgo non aveva dimostrato nel caso *Mortier c. Belgio* nel quale, sempre sotto l'egida del "ampio margine di apprezzamento degli Stati", aveva riconosciuto la legittimità della disciplina belga che consente l'accesso ai procedimenti eutanasi anche a pazienti affetti da malattie psichiatriche²⁰.

3. Il ragionamento per analogia quale strumento per colmare il vuoto normativo in materia di aiuto medico al morire

Nella perdurante assenza di una normativa organica in materia, il ricorso agli strumenti del ragionamento per analogia e del distinguo per affrontare il tema del cosiddetto "suicidio medicalmente assistito"²¹ ha

¹⁸ Corte cost., 18 luglio 2024, n. 135, punto 7.4 del Considerato in diritto.

¹⁹ Corte EDU, 13 giugno 2024, *Karsai c. Ungheria*, par. 151.

²⁰ Corte EDU, 2 novembre 2022, *Mortier c. Belgio*. A evidenziare che l'ampio "margine di apprezzamento" riconosciuto agli Stati, sia usato dalla Corte di Strasburgo per giustificare la "convenzionalità" di legislazioni molto diverse sul tema, nelle quali l'autodeterminazione del paziente è accertata in modi diametralmente opposti, basti riportare qui i casi che hanno portato alle due citate pronunce.

Quanto Corte EDU, 13 giugno 2024, *Karsai c. Ungheria*, Daniel Karsai, avvocato ungherese di fama specializzato in diritti umani, era affetto da SLA, senza che i suoi movimenti fossero ancora del tutto degenerati, perfettamente cosciente e capace di comunicare con l'esterno, voleva cessare la propria vita con qualsiasi forma di suicidio assistito prima di ritrovarsi imprigionato nel proprio corpo. Tale richiesta non poteva essere soddisfatta nel suo Stato, poiché l'Ungheria punisce l'aiuto al suicidio come reato universale, dunque, anche se tale aiuto viene prestato da chiunque anche non cittadino che accompagni il malato in uno stato estero. Per questo si rivolgeva alla Corte EDU, non chiedendo il riconoscimento generalizzato del suicidio assistito, ma il riconoscimento di una eccezione alla disciplina nazionale, solo per i pazienti terminali che desiderassero consapevolmente accelerare la traiettoria inevitabile della loro malattia, che li esponeva a sofferenze insopportabili. Quanto al caso *Mortier*, invece, a ricorrere alla Corte EDU era il figlio sig. Mortier, della sig.ra *De Troyer*, affetta da moltissimi anni da depressione resistente agli psicofarmaci, che, come consentito dalla legislazione belga, aveva avuto accesso al procedimento eutanasi, perché era stato riconosciuto la genuinità della sua volizione in tal senso. Anche in quel caso, diametralmente opposto al caso di *Daniel Karsai*, era stata riconosciuto che la legislazione dello Stato, non violava l'art. 8 (diritto alla autodeterminazione) e 2 (diritto alla vita e obbligo di protezione degli Stati) CEDU. Si permetta di rinviare *ampliter* a M.E. BUCALO, *Il caso Mortier c. Belgique: la Corte europea dei diritti dell'uomo verso l'elaborazione del diritto alla eutanasia? Differenze e similitudini fra Roma e Strasburgo*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 1 2023, 19 ss. e M.E. BUCALO, G. GIAIMO, *Il caso Mortier c. Belgique. L'eutanasia conseguente a sofferenze psichiche*, in *Nuova Giurisprudenza Civile Commentata*, 2/2023, 465 ss.

²¹ L'espressione "suicidio medicalmente assistito", sebbene sia quella impiegata nel testo delle pronunce della Corte costituzionale in materia, appare non del tutto appropriata, sia sul piano giuridico sia su quello etico. Il termine "suicidio" veicola infatti un significato fortemente stigmatizzante, tradizionalmente legato a un gesto autolesivo e socialmente condannato. In ambito sanitario esso rischia di oscurare la specificità della condizione clinica di pazienti che, affetti da patologie irreversibili o con prognosi infausta, chiedono un accompagnamento medico nel processo del morire. Inoltre, l'uso del termine "suicidio" tende a riportare la discussione sul piano penalistico, evocando l'art. 580 c.p. sull'istigazione o aiuto al suicidio, piuttosto che su quello della relazione di cura. Al contrario, le più recenti pronunce della Corte costituzionale (sentt. n. 242 del 2019, n. 135 del 2024 e n. 66 del 2025) hanno mostrato una progressiva attenzione a collocare l'assistenza al morire nel quadro dei principi costituzionali, in continuità con la

improntato il metodo argomentativo delle pronunce della Corte costituzionale in materia, così come le proposizioni della difesa e dei giudici nelle relative ordinanze di rimessione.

La sentenza n. 242 del 2019 ha introdotto questo approccio argomentativo, ponendo a confronto il caso sottoposto al suo esame – relativo all'aiuto al suicidio di un paziente affetto da patologia irreversibile e dipendente da trattamenti di sostegno vitale – con la disciplina vigente in tema di interruzione dei trattamenti sanitari e di sedazione palliativa profonda (artt. 1 e 2 della legge n.219 del 2017). L'analogia si fonda sull'equivalenza tra le due situazioni: se è lecito il caso di chi scelga di interrompere i trattamenti di sostegno vitale e avviare un percorso di sedazione palliativa profonda, altrettanto lo è quello di chi, a parità di condizioni, desideri ottenere la somministrazione di un medicamento letale che determini una morte più rapida e immediata. Muovendo da questo duplice riferimento, la Corte ha giustificato – entro limiti stringenti – la non punibilità dell'aiuto al suicidio. Da ciò deriva la particolare configurazione del sistema italiano che, a differenza di altri ordinamenti, condiziona l'accesso all'assistenza medica al morire alla presenza di trattamenti di sostegno vitale.

Le successive pronunce della Corte costituzionale in materia hanno continuato a ricorrere a questa forma di ragionamento per analogia per rispondere alle nuove questioni sollevate. Centrale è l'interrogativo circa la possibilità di eliminare il requisito della presenza di trattamenti di sostegno vitale, valutandone la coerenza con i principi costituzionali. Attorno a tale nodo si sono sviluppate ulteriori considerazioni sulla natura e sulle caratteristiche di tali trattamenti, sull'arco temporale entro cui dovrebbe sopraggiungere la morte dopo la loro interruzione, sulla loro invasività, onerosità o grado di medicalizzazione²².

Questa dinamica argomentativa emerge con chiarezza nella sentenza n. 135 del 2024, nella quale la Corte, pur richiamando la pronuncia n. 242 del 2019, ha sottolineato – mediante il ricorso al distinguo – la differenza sostanziale tra pazienti dipendenti da trattamenti di sostegno vitale e pazienti che, pur affetti da patologie irreversibili e gravemente invalidanti, non necessitano di tali trattamenti. Il giudice rimettente aveva sostenuto l'assimilabilità delle due situazioni, richiamandosi al comune denominatore di una sofferenza intollerabile e di una volontà chiara e consapevole di morire. La Corte, tuttavia, ha escluso tale equivalenza, osservando che solo nel primo caso è presente un fondamento normativo che consente di derogare al divieto penale: la legge n. 219 del 2017 riconosce infatti a chi dipende da presidi vitali la facoltà di interromperli, con la conseguente possibilità di anticipare la morte²³. Per i pazienti che non si trovano

disciplina della legge n. 219 del 2017. Per queste ragioni, risulta più appropriata l'espressione "assistenza medica al morire". Essa sposta l'accento dall'atto autolesivo alla dimensione relazionale e terapeutica, sottolineando il ruolo del medico non come mero esecutore, ma come garante di un percorso condiviso, regolato e proporzionato. Questo lessico, più rispettoso della sensibilità dei pazienti e dei loro familiari, appare coerente con una visione integrata delle cure di fine vita, in cui l'autonomia individuale si intreccia con la responsabilità professionale e con il dovere di accompagnare la persona nelle fasi finali dell'esistenza. Anche tale espressione tuttavia presenta delle criticità, poiché sotto un unico ombrello comprende procedure diverse, ovvero quelle in cui la persona si autosomministra il farmaco letale e quelle in cui invece la somministrazione in tutte le sue fasi, fino all'atto finale, è gestita dal personale sanitario. Sui rischi di una confusione concettuale insiti nell'uso della sola espressione "Medical Assistance in Dying" vedi D.A. JONES, *How (not) to define 'assisted dying'*, in *Journal of Medical Ethics*, 51, 10, 2025. Per tali ragioni, si è scelto di impiegare nel testo indifferentemente l'una o l'altra espressione, consapevoli delle criticità insite in ciascuna delle due.

²² Vedi anche la risposta del Comitato Nazionale di Bioetica sulla natura dei trattamenti di sostegno vitale in COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *Risposta Quesito del Comitato Etico Territoriale della Regione Umbria*, 3 novembre 2023.

²³ Vedi Corte costituzionale sent. n. 135/2024, punto 7.1 del Considerato in diritto: «questa Corte non ha riconosciuto un generale diritto di terminare la propria vita in ogni situazione di sofferenza intollerabile, fisica o psicologica,



in condizioni di dipendenza da trattamenti salvavita, invece, la Corte ha negato la possibilità di estendere la medesima disciplina, ritenendo che manchi un presupposto normativo idoneo a giustificare la deroga alla regola generale della punibilità dell'aiuto al suicidio.

Se esaminiamo il panorama normativo in materia di assistenza medica al morire, possiamo osservare che in alcuni paesi (vedi *infra*, paragrafo 5) il suicidio medicalmente assistito è consentito a persone con una prognosi di morte a breve termine conseguente a una patologia irreversibile. In tali contesti, l'assistenza medica al morire si giustifica come mera accelerazione di un evento già atteso. Confrontando ora queste normative con la situazione italiana, possiamo considerare il requisito della presenza di trattamenti di sostegno vitale previsto nel nostro ordinamento come un indicatore funzionale (un *proxy*) della condizione di prognosi infausta a breve termine. In base alla legge n.219 del 2017, infatti, una persona sottoposta a trattamenti di sostegno vitale può scegliere di interromperli e richiedere l'avvio della sedazione palliativa profonda, trovandosi così in una condizione che conduce a una prognosi infausta a breve termine. Tuttavia, si tratta di un requisito molto specifico, che copre solo alcuni degli scenari possibili nella fase conclusiva di una malattia destinata a condurre alla morte e risulta, quindi, estremamente limitante. La complessità e l'eterogeneità delle situazioni che si possono presentare alla fine della vita emerge con assoluta chiarezza esaminando le storie cliniche e personali cui si fa riferimento nel testo dell'ordinanza di rimessione del Giudice per le indagini preliminari del Tribunale ordinario di Milano²⁴ che ha portato alla sentenza n. 66 del 2025 della Corte costituzionale. La variabilità e la complessità degli scenari trova eco anche in un lessico talvolta indefinito e poco chiaro, in cui i concetti di futilità e appropriatezza spesso oscillano tra la realtà clinica oggettiva (e dunque le questioni di appropriatezza clinica in senso stretto e di ostinazione irragionevole delle cure) e la valutazione soggettiva della persona (proporzionalità delle cure).

In linea generale, si può affermare che l'obiettivo della difesa e dei giudici rimettenti nei procedimenti che hanno portato alla sentenza n.135 del 2024, così come a quella n. 66 del 2025, sia stato quello di sottolineare l'incoerenza e la limitatezza del requisito dei trattamenti di sostegno vitale, mentre la Corte ha opposto resistenza a ogni tentativo di eliminare tale requisito, cercando di rimanere saldamente nell'alveo di quanto consentito dalla normativa esistente e ribadendo il ruolo cardine di tale criterio nell'impianto del ragionamento analogico della sentenza n.242 del 2019.

Va tuttavia rilevato che, mentre questo *proxy* può essere pragmatico e funzionale sul piano giuridico, si rivela eticamente arbitrario e potenzialmente discriminatorio. La sua arbitrarietà risiede nel fatto che eleva a criterio decisivo la modalità tecnologica attraverso cui si giunge a una prognosi infausta, piuttosto che la condizione esistenziale di sofferenza intollerabile e di imminenza della morte stessa. In tal modo, viene creata una disparità di trattamento ingiustificata tra due categorie di pazienti che versano in una condizione sostanzialmente analoga: da un lato, il paziente la cui morte a breve termine è certificata dalla dipendenza da trattamento che può interrompere; dall'altro, il paziente la cui morte a breve termine è il portato ineluttabile del decorso naturale di una patologia terminale, non mediato da presidi tecnologici.

determinata da una patologia irreversibile, ma ha soltanto ritenuto irragionevole precludere l'accesso al suicidio assistito di pazienti che – versando in quelle condizioni, e mantenendo intatte le proprie capacità decisionali – già abbiano il diritto, loro riconosciuto dalla legge n. 219 del 2017 in conformità all'art. 32, secondo comma, Cost., di decidere di porre fine alla propria vita, rifiutando il trattamento necessario ad assicurarne la sopravvivenza».

²⁴ Ordinanza del 21 giugno 2024 del G.I.P. del Tribunale di Milano nei procedimenti penali riuniti a carico di M. C.

4. I limiti del metodo casuistico

Tutte le pronunce della Corte costituzionale in materia di suicidio medicalmente assistito, così come le argomentazioni della difesa e dei giudici rimettenti, si collocano entro un metodo argomentativo che ha una tradizione consolidata nella riflessione morale: il ragionamento analogico proprio della casuistica (o casistica), in particolare nella sua versione moderata che muove dai principi²⁵. La casuistica prende avvio dall'analisi di casi concreti e, attraverso il confronto per analogia con casi ritenuti paradigmatici, affronta questioni morali specifiche. Invece di partire da principi astratti, utilizza esempi rilevanti come punto di riferimento per dirimere situazioni attuali, consentendo talvolta che i principi stessi emergano dall'analisi dei casi. Questo metodo si declina in due forme: una moderata, che impiega principi morali già consolidati per orientare l'interpretazione, e una radicale, che considera i principi come formalizzazioni a posteriori delle intuizioni generate dai casi stessi.

La casuistica, trasposta sul piano giuridico, riflette le medesime ambivalenze già emerse in bioetica: da un lato, la capacità di fornire soluzioni pratiche e contestualizzate; dall'altro, il rischio di un'interpretazione frammentata e mutevole, soggetta a continui aggiustamenti concettuali, oppure, in senso opposto, di un'impostazione eccessivamente conservativa e statica²⁶. A fare la differenza non è tanto la scelta dei casi da cui partire, quanto piuttosto l'individuazione delle caratteristiche moralmente rilevanti che si considerano decisive nel tracciare analogie o differenze. È questo margine valutativo che può orientare l'uso della casuistica verso esiti più innovativi o, al contrario, più restrittivi. Ciò si rispecchia nell'evoluzione delle pronunce della Corte: se, infatti, soprattutto nella sentenza n. 242 del 2019, e in misura minore nella n. 135 del 2024, la tendenza è stata quella di impiegare la casuistica per estendere e ampliare le condizioni di non punibilità, nella n.66 del 2025 emerge invece una notevole rigidità e una manifesta volontà di mantenere immutata la situazione. Le interpretazioni vengono così giustificate come accettabili se ritenute in continuità con il «delicato baricentro su cui poggia la causa di giustificazione elaborata»²⁷, o respinte se considerate in contrasto, alimentando un inesorabile lavoro interpretativo sulle formule adottate.

Il nodo centrale è che un approccio casuistico – l'unico che la Corte può adottare muovendosi entro il tracciato della normativa vigente e nel solco dei principi costituzionali – non appare adeguato a una questione tanto rilevante sul piano morale. In una società pluralista e democratica, infatti, è necessario un intervento legislativo che definisca con chiarezza, e non per approssimazioni o analogie, i criteri di ammissibilità dell'assistenza medica al morire: se essi debbano fondarsi sulla prossimità alla morte o piuttosto

²⁵ Per un'analisi del metodo casuistico vedi: A.R. JONSEN, *Casuistry: An Alternative or Complement to Principles?*, in Kennedy Institute of Ethics Journal, 1995, 5(3): 237–251. doi:10.1353/ken.0.0016; J.D. ARRAS, *Methods in Bioethics: The Way We Reason Now*, New York, 2017.

²⁶ Questi sono limiti ben noti della casuistica anche nel campo della bioetica, dove – a partire dalle critiche mosse al *Four Principles Approach* di Beauchamp e Childress (L. BEAUCHAMP, J.F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, 1st ed. New York, 1979, 8th ed. New York, 2019) – si è cercato di elaborare strumenti capaci non solo di superare le rigidità della casuistica, ma anche di evitare gli eccessi del puro principlismo. Il ricorso al bilanciamento e alla specificazione dei principi, infatti, consente di collocare l'analisi a metà strada tra l'applicazione discendente dei principi ai casi concreti (*top-down*) e la rimodulazione dei principi stessi a partire dall'esperienza dei casi (*bottom-up*), secondo il metodo del cosiddetto *reflective equilibrium* (J. RAWLS, *A Theory of Justice*, Cambridge, MA, 1971). Tale via intermedia permette di costruire risposte più coerenti e contestualizzate, in cui principi e casi si illuminano reciprocamente senza cadere né nell'astrattezza del teorico né nella frammentarietà del particolare.

²⁷ Sentenza n. 66 del 2025, punto 1.3 del Ritenuto in fatto.



sulla semplice presenza di una condizione irreversibile accompagnata da sofferenze intollerabili. Ciò che la Corte può fare è unicamente valutare se tale tipo di interventi risulti compatibile con i principi costituzionali di tutela della vita e di autodeterminazione della persona. La sentenza n.66 del 2025, infatti, conferma quanto già affermato nella n. 135/2024 (punto 7.2 del Considerato in diritto), ovvero che la Corte costituzionale ha riconosciuto al legislatore un «significativo margine di discrezionalità» nel bilanciamento tra il dovere di tutela della vita umana, discendente dall'art. 2 Cost., e il principio dell'«autonomia» del paziente «nelle decisioni che coinvolgono il proprio corpo, e che è a sua volta un aspetto del più generale diritto al libero sviluppo della propria persona». In sostanza, la Corte afferma che non esiste un obbligo costituzionale di garantire l'accesso al suicidio assistito a chi non sia tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale, ma precisa che, qualora il legislatore decidesse di legiferare in tal senso, ciò non contrasterebbe con la Costituzione. Resta però indeterminato quanto ampia possa essere tale possibilità: se limitata alle condizioni previste dalla sentenza n. 242/2019, se estesa anche a chi abbia una prognosi infausta ma non dipenda da trattamenti di sostegno vitale, o a chiunque soffra di una patologia irreversibile con sofferenze intollerabili. La definizione dei confini di legittimità richiede un vero bilanciamento dei principi costituzionali e un'affermazione positiva di criteri specifici, che non può essere raggiunta con il solo ricorso all'analogia o alla casuistica. Tale operazione deve essere il riflesso del sentire comune della collettività, espresso in una norma votata dal Parlamento quale espressione autentica della volontà democratica.

5. I due modelli regolativi sottesi alle richieste del giudice rimettente e della difesa

Nel caso della sentenza n. 66 del 2025 risulta interessante analizzare le diverse argomentazioni della difesa e del giudice rimettente, poiché alle due istanze corrispondono scenari distinti, già presenti in alcuni paesi in cui l'assistenza medica al morire è consentita, e che riflettono un diverso bilanciamento dei principi in gioco. Se da un lato la difesa esplicita l'esigenza di un ampliamento del requisito, che condurrebbe l'ordinamento italiano ad avvicinarsi a quanto già previsto in altri contesti normativi, dall'altro il giudice rimettente mette in discussione in toto la legittimità del requisito dei trattamenti di sostegno vitale nel caso di pazienti per i quali tali trattamenti sarebbero «inutili o futili»²⁸.

²⁸ È interessante notare quali siano i termini impiegati dal giudice rimettente che definisce il trattamento rifiutato dalla persona "futile o inutile in quanto espressivo di accanimento terapeutico" (Ordinanza del 21 giugno 2024 del G.I.P. del Tribunale di Milano nei procedimenti penali riuniti a carico di M. C.). Emerge infatti una certa confusione sul piano terminologico, molto diffusa anche in altri contesti, in merito al concetto di futilità, termine connotato da una notevole ambiguità semantica (Vedi: R.D. TRUOG RD, A.S. BRETT, J. FRADER, *The problem with futility*, in *New England Journal of Medicine*, 326(23), 1992, 1560-1564. doi:10.1056/NEJM199206043262310). Non si distingue infatti con chiarezza l'esistenza di diversi livelli, connessi al concetto di futilità: quello della completa inappropriately sul piano dei profili di beneficio e danno o rischio (cl clinicamente inappropriato e che come tale non può essere proposto da un medico), ciò che è non proporzionato poiché impone un carico di sofferenza troppo grande a fronte di un beneficio estremamente ridotto (già qui entriamo nel campo di una valutazione che non è solo oggettiva e clinica ma anche soggettiva da parte della persona malata) e appropriato clinicamente ma rifiutato dalla persona poiché ritenuto poco adeguato o non confacente ai propri bisogni. Tale ambiguità di fondo presta il fianco alla critica portata avanti dall'Avvocatura dello Stato, che sottolinea che il riferimento compiuto dall'ordinanza di rimessione alla futilità o inutilità dei trattamenti di sostegno vitale sia non fondato, poiché in relazione a malattie irreversibili l'utilità non andrebbe riferita alla guarigione, ma al fine di assicurare al malato il mantenimento in vita. Tale notazione è certamente vera se si fa riferimento al piano strettamente oggettivo della scienza medica, molto meno corretta se si tiene in considerazione la volontà della persona e la sua personale valutazione della qualità di vita e del carico di sofferenze

Osservando il panorama normativo dei paesi in cui il suicidio medicalmente assistito è lecito, si possono individuare due modelli regolativi, che sembrano corrispondere alle distinte richieste esaminate. Nel primo modello rientrano i paesi in cui la presenza di una malattia in fase terminale costituisce un requisito fondamentale, come avviene in Inghilterra e Galles, dove la nuova legge – approvata allo stato attuale in prima lettura alla Camera dei Comuni²⁹ – consente la morte medicalmente assistita alle persone maggiorenni con malattie terminali e un’aspettativa di vita inferiore a sei mesi, analogamente a quanto previsto nello Stato dell’Oregon (USA)³⁰. In questi paesi, dunque, l’assistenza medica al morire è consentita solo in circostanze in cui la persona stia comunque andando incontro a morte e l’intervento di terzi è volto ad accelerare la morte, per ridurre il carico di sofferenza affrontato dalla persona che lo ritiene insopportabile. L’obbligo di preservare la vita è dunque ancora parzialmente rispettato, poiché l’assistenza al morire si giustifica solo laddove c’è una prognosi infausta e l’obiettivo è accelerare una morte attesa. La riduzione della sofferenza e la tutela dell’autonomia, secondo tale approccio, per quanto rilevanti, sono in subordine rispetto all’obbligo primario di tutelare la vita. Tale criterio, seppure innovativo, è quello più vicino all’etica medica tradizionale, e non allontana troppo la medicina dalla sua vocazione primaria di tutela della vita. A tale tipo di formulazione si avvicina la richiesta della difesa, che propone la possibilità come quarto requisito una prognosi infausta come alternativa al requisito dei trattamenti di sostegno vitale. In entrambe le situazioni ci troveremmo infatti di fronte a una persona la cui morte a breve termine è prevedibile o a causa di condizioni cliniche intrattabili che porteranno alla morte in un arco di tempo ridotto (prognosi infausta *strictu sensu*), o per via di una scelta della persona di interrompere i trattamenti che la mantengono in vita. In tale circostanza, infatti, la volontà della persona di rinunciare ai trattamenti di sostegno vitale o anche di rifiutarli *ab initio* (come consentito dalla sentenza n.135/2024) determinerebbe un’immediata trasformazione della prognosi della persona in una prognosi infausta a breve termine, dovuta non a un fatto clinico ma a una scelta individuale.

che reputa accettabili. Si deve dunque sottolineare che giocare sulla ambiguità tra l’assenza di una indicazione strettamente clinica (in termini di efficacia) e la valutazione di non proporzionalità delle cure da parte della persona, rischia di riportare indietro verso una forma di paternalismo medico e di vitalismo in cui l’unico parametro diviene la valutazione dell’efficacia di un intervento connessa alla sua capacità di mantenere in vita a tutti i costi la persona.

²⁹ Il disegno di legge Terminally Ill Adults (End of Life) Bill, dopo avere superato tutte le fasi di approvazione alla Camera dei Comuni, è ora passato alla Camera di Lord. Il testo in discussione è reperibile a questo link: <https://bills.parliament.uk/bills/3774> (ultima consultazione 25/09/2025).

³⁰ Oregon Death with Dignity Act, Or. Rev. Stat. §§ 127.800–127.897 (1997, as amended).



Altri paesi invece (Svizzera³¹, Paesi Bassi³², Spagna³³, Belgio³⁴), non richiedono necessariamente una prognosi di morte per l'accesso all'assistenza medica al morire, ritenendo sufficienti i requisiti della sofferenza irrimediabile e della presenza di una patologia, sia essa a prognosi infausta oppure cronica e invalidante. Tale tipo di approccio riflette un bilanciamento profondamente diverso tra i principi sopra esaminati, ovvero mette in subordine l'obbligo di preservare la vita: non è necessario che la persona stia morendo, si reputa comunque lecito porre termine alla sua vita, poiché si sceglie di dare la precedenza all'obbligo di ridurre il carico di sofferenza di chi liberamente e consapevolmente sceglie di terminare la propria esistenza. Il principio di autonomia è rispettato, ma anch'esso in subordine rispetto a quello della riduzione della sofferenza (dunque non si acconsente a qualsiasi tipo di richiesta di assistenza medica al morire senza una valutazione medica dell'irrimediabilità della sofferenza) e l'aiuto a morire è garantito in un quadro di circostanze oggettivamente verificabili. Il personale sanitario non è relegato al ruolo di mero esecutore tecnico di una procedura di morte medicalizzata, ma ha un ruolo nella verifica della condizione di sofferenza e della sua irrimediabilità.

³¹ La sent. n. 66 del 2025, sintetizzando l'ordinanza di rimessione, afferma al punto 1.2 del Ritenuto in fatto che: «Sempre secondo il rimettente, affinché l'aiuto al suicidio possa considerarsi legittimo per quell'ordinamento [svizzero, n.d.r.], il medico che intenda prestarlo è tenuto ad assicurarsi che: a) la malattia di cui soffre il paziente legittimi la supposizione del suo decesso imminente; b) trattamenti alternativi siano stati proposti e, se accettati dal paziente, adottati; c) una terza persona (non necessariamente il medico stesso) abbia accertato che il paziente sia in grado di intendere e di volere, che abbia riflettuto a lungo sul suo desiderio di morte e che tale persistente desiderio non sia il risultato di pressioni esterne». Tuttavia, esaminando il testo delle linee guida dell'Accademia Svizzera di Scienze Mediche (SAMS) [SWISS ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES, *Management of dying and death*, Berna, 2022], ciò non pare essere del tutto corretto. In Svizzera, infatti, non esiste una legge nazionale sul suicidio assistito. Il quadro giuridico è definito dal Codice penale svizzero [Code pénal suisse, article 115] e il suicidio assistito è consentito a condizione che la persona che desidera suicidarsi sia capace di intendere e di volere e compia personalmente l'atto finale che porta alla morte, e che la persona che presta assistenza non agisca per motivi egoistici. Ciò significa che il suicidio assistito non è vietato nemmeno nel caso di persone sane o di minori capaci di intendere e di volere. Nella pratica, tuttavia, il suicidio assistito è soggetto a condizioni più rigorose, basate sull'autoregolamentazione: da un lato, le regole delle organizzazioni che si occupano di suicidio assistito (ad esempio, gli statuti delle associazioni) e, dall'altro, le linee guida della SAMS già citate. Queste linee guida trattano gli aspetti medico-etici del suicidio assistito e descrivono in termini generali i doveri di diligenza associati all'etica professionale. Esse fanno parte del Codice dell'Associazione Medica Svizzera (FMH) e sono vincolanti per i suoi membri. Le linee guida SAMS prevedono i seguenti requisiti: 1. Capacità decisionale 2. Autodeterminazione e assenza di pressioni esterne 3. Sofferenza grave e intollerabile con severi sintomi clinici di una patologia o impairment funzionali 4. Avere esplorato le possibili alternative. A tali requisiti si aggiunge quanto previsto dalle singole associazioni. In sintesi, e in linea generale, i principali criteri attualmente richiesti per accedere al suicidio assistito sono i seguenti: i candidati devono essere adulti, avere la piena capacità di discernimento, essere in grado di autosomministrarsi la dose letale ed essere affetti da una malattia incurabile, oppure trovarsi in condizioni di sofferenza insopportabile, oppure ancora presentare patologie multiple e invalidanti associate all'età avanzata. Quest'ultimo criterio relativo alle patologie multiple tende a essere interpretato in modo sempre più estensivo dalle associazioni.

³² Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act), 2002 (codificata nelle disposizioni del codice penale olandese artt. 293–294), art. 2.

³³ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, BOE-A-2021-4628, art. 5.

³⁴ Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie / Wet betreffende euthanasie 28 mei 2002 (modifiée notamment par la loi du 28 février 2014, art. 3.

Tale scenario è assimilabile a quanto si verificherebbe nel caso di una abolizione del requisito della presenza dei trattamenti di sostegno vitale senza l'inserimento di alcun requisito alternativo, come prospettato dal giudice rimettente, e appare certamente il più distante rispetto quanto consentito ad oggi in Italia.

6. La “scelta per la vita” della Corte e i “nuovi” appelli al legislatore

Nel rigettare con nettezza la richiesta del giudice *a quo* di eliminare dai requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito la condizione dell'essere il paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale, la Corte si sofferma ampiamente sulla loro natura essenziale, poiché, in assenza di una disciplina legislativa della materia, essi sono volti a creare una “cintura di protezione” in favore di tutti quei soggetti deboli, che potrebbero decidere di porre in essere un gesto estremo in quanto a ciò indotti da qualcosa o da qualcuno.

È proprio la necessità che l'autodeterminazione sia genuina e responsabile a comportare che essa debba essere bilanciata col dovere dello Stato di tutelare la vita, in una prospettiva e secondo una *ratio* del tutto diversa da quella che animava la originaria previsione di cui all'art. 580 c.p. e che era «rivolta a tutelare la vita intesa come bene indisponibile»³⁵.

Se, infatti, grazie al principio personalista di cui all'art. 2 della Costituzione repubblicana il diritto alla vita non può essere declinato come dovere di vivere ad ogni costo, perché l'individuo può autodeterminarsi in ordine alle scelte terapeutiche che lo riguardano, analogamente non esiste il diritto a porre fine alla propria vita, poiché la stessa autodeterminazione deve essere bilanciata col dovere dello Stato di tutelare la vita umana³⁶. È proprio nella ricerca del corretto bilanciamento fra i due diritti in conflitto che lo Stato gode di questo ampio margine di apprezzamento.

Poiché però nell'ordinamento italiano manca una disciplina legislativa è stata la Corte a dettare condizioni per l'accesso al suicidio assistito funzionali a tale bilanciamento, sviluppandole su un duplice livello³⁷.

In primo luogo, quello di evitare gli abusi a danno di persone in condizioni di fragilità, le quali potrebbero essere indotte da terzi a abbandonare la vita, qualora l'ordinamento consentisse a chiunque e per qualsiasi ragione di collaborare con tale intendimento. È per questo che il suicidio assistito è individuato dalla giurisprudenza costituzionale in una procedura medicalizzata, che prende a canovaccio quello di cui all'art. 1 della legge n. 219 del 2017: con una stretta assistenza medica, presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale, previo parere terzo e neutrale del comitato etico territorialmente competente³⁸.

In secondo luogo esse sono funzionali ad evitare «derive sociali o culturali che inducano le persone malate a scelte suicide, quando invece potrebbero trovare ragioni per continuare a vivere», al fine di evitare il rischio che la presenza di una legislazione permissiva non accompagnata dalle garanzie sostanziali e procedurali, oggi giurisprudenzialmente dettate, crei una “pressione sociale indiretta” in grado di convincere

³⁵ Così Corte cost., 20 maggio 2025, n. 66 punto 7 del Considerato in diritto che riprende l'ord. n. 207 del 2018.

³⁶ Anche in questo caso a fare da apripista alla Corte costituzionale è stata la sentenza n. 50 del 2022 sull'inammissibilità del referendum abrogativo dell'art. 579 c.p., laddove si legge che l'esito positivo del referendum avrebbe lasciato la vita umana in posizione di insufficiente protezione.

³⁷ Si tratta della maggiore e più ampia esplicitazione del punto 7.2 della sentenza n. 135 del 2024.

³⁸ La Corte si premura di specificare al punto 7.1 del Considerato in diritto che la procedura è stata individuata dalla sua giurisprudenza, ma che il legislatore, del quale si resta ancora in attesa, ben potrebbe individuare altre e diverse strutture «più calibrate, dal punto di vista dell'etica clinica».



gli stessi soggetti deboli di essere diventati un peso per la società e per i propri familiari e, dunque, di doversi congedare dalla vita³⁹.

Tutto ciò sarebbe evidentemente in contrasto con il diritto alla vita, così come sopra declinato alla luce del principio personalista, che, invece, impone alla Repubblica di prendersi carico delle persone malate, deboli e sofferenti, garantendo adeguate forme di sostegno sociale e assistenza sanitaria e sociosanitaria, anche domiciliare, continuativa.

In questo la Corte muove, però, degli stringenti (e nuovi) appelli al Legislatore che sembrano avere un tenore diverso rispetto a quelli presenti nelle pronunce precedenti. Essi rivelano infatti una maggiore attenzione ai profili etici (e non più giuridici) della questione, che possono costituire «lo spartiacque fra la scelta di vita e la richiesta di morte», e constano anche della indicazione di specifici strumenti volti a far sentire il paziente garantito e assistito dallo Stato, laddove scegliesse di continuare a vivere: oltre alla assistenza, dovrebbero anche essere messi «a disposizione delle persone con malattie inguaribili tutti gli strumenti tecnologici e informatici, che permettano loro di superare l'isolamento e ampliare le loro possibilità di comunicazione e interazione con gli altri», non trascurando il ruolo dei *caregivers* che, «all'interno delle relazioni affettive e nelle famiglie, assistono i pazienti in situazioni particolarmente difficili e per lunghi periodi»⁴⁰ e le cure palliative alle quali deve essere garantito un accesso generalizzato, universale⁴¹.

7. Requisiti o procedure: dove si colloca il vero nodo critico?

È utile riflettere sulle ragioni che hanno indotto la Corte a tornare con insistenza sui rischi di abusi a danno di soggetti vulnerabili e di possibili derive sociali. Questa attenzione era pienamente motivata nell'ordinanza n. 207 del 2018, emanata in un momento in cui non esisteva alcuna disciplina in materia né, tantomeno, una pronuncia della Corte, e manteneva una rilevanza sostanziale nella sentenza n. 50 del 2022, con cui fu dichiarata l'inammissibilità del referendum volto ad abrogare parzialmente l'art. 579 c.p., poiché l'abolizione dell'articolo nella sua interezza non avrebbe garantito sufficienti tutele. Allo stato attuale, invece, come sottolineato dalla stessa Corte nella sentenza n.66 del 2025 (punto 7 del Considerato in diritto), una "cintura di protezione" risulta già posta in essere.

Le possibili spiegazioni di questo ritorno della Corte sul tema sono due: da un lato, l'esigenza di segnalare i rischi su cui il legislatore sarà chiamato a intervenire mediante idonee garanzie procedurali; dall'altro (ipotesi non incompatibile con la prima), l'intenzione di rimarcare i rischi connessi a un'eventuale modifica

³⁹ Corte cost., 20 maggio 2025, n. 66 punto 7.2 del Considerato in diritto che riprende la sent. n. 135 del 2024 punto 7.2 del Considerato in diritto.

⁴⁰ Corte cost., 20 maggio 2025, n. 66 punto 7.2 del Considerato in diritto.

⁴¹ La Corte dedica un intero punto del Considerato in diritto (il punto 7.3) alle cure palliative, sottolineando la necessità che le strutture sanitarie garantiscano al paziente un accesso concreto, addirittura riportando i dati resi dal Comitato Nazionale per la Bioetica nel suo parere del 2023 (COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *Cure Palliative*, 14 dicembre 2023), nel quale si evidenzia che oggi in Italia l'accesso alle cure palliative non risulta equo e universale, che esistono lunghe e intollerabili liste di attesa, che si sconta la mancanza di personale adeguatamente formato e una distribuzione territoriale dell'offerta troppo divaricata e che la presa in carico del paziente è spesso insufficiente (punti 7.2 e 7.3 del Considerato in diritto).

dei requisiti sostanziali e, in particolare, del requisito della presenza di trattamenti di sostegno vitale, l'unico oggetto di richieste di revisione o cancellazione.

Se l'obiettivo fosse stato davvero quello di lanciare un monito al legislatore sui requisiti procedurali, tuttavia, la riflessione avrebbe dovuto assumere un diverso tenore, mettendo in luce le criticità ancora esistenti. Queste dipendono soprattutto dalla mancanza di specificità e di quel livello di dettaglio che solo una disciplina organica può garantire. Sarebbe stato opportuno, in tal senso, soffermarsi sulle disomogeneità territoriali, sul problema della rimborsabilità dei farmaci e dei dispositivi impiegati e, con maggiore incisività rispetto al breve inciso presente in sentenza, sull'inadeguatezza dei Comitati Etici territoriali quali organismi deputati a valutare uno dei requisiti più rilevanti: la sussistenza di una volontà piena e libera da pressioni esterne, inclusa l'assenza di un'adeguata offerta di cure palliative. Molti di questi aspetti restano invece in ombra, mentre l'accesso alle cure palliative viene presentato quasi come risposta unica e risolutiva a ogni richiesta di aiuto a morire.

Nella seconda ipotesi, cioè che il lungo ragionamento sui rischi di abusi e derive miri a fornire un monito rispetto a eventuali modifiche o all'eliminazione del requisito della presenza di trattamenti di sostegno vitale (sia attraverso sentenze della Corte sia mediante interventi legislativi), va rilevato che tali rischi non appaiono fondati. Infatti, purché restino in vigore requisiti procedurali solidi – o, meglio ancora, vengano rafforzati tramite un intervento legislativo – né il rischio di abusi a danno di soggetti vulnerabili né quello di derive sociali tali da indurre scelte suicide risulta accresciuto dall'eventuale modifica o eliminazione del requisito dei trattamenti di sostegno vitale.

La parte 7 del Considerato in diritto della sentenza n.66 del 2025 sembra risentire del dibattito internazionale e delle criticità emerse nei Paesi che hanno ampliato l'accesso all'assistenza medica al morire anche in assenza di una prognosi di morte imminente, come i Paesi Bassi, il Lussemburgo, la Spagna e, soprattutto, il Canada. In quest'ultimo caso, la rapida evoluzione normativa⁴², l'aumento esponenziale dei

⁴² Nel 2016, a seguito di una pronuncia della Supreme Court of Canada [Carter v. Canada (Attorney General), 2015 SCC 5, [2015] 1 S.C.R. 331], il Parlamento canadese ha approvato una legge che legalizzava la Medical Assistance in Dying (MAID) per gli adulti affetti da una *grievous and irremediable medical condition* (condizione medica grave e irrimediabile), fonte di *intolerable suffering* (sofferenze intollerabili), e per i quali la morte naturale fosse *reasonably foreseeable* (ragionevolmente prevedibile) [An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying), S.C. 2016, c. 3]. Per accedere alla procedura erano richieste la valutazione favorevole di due medici e un periodo di riflessione di dieci giorni tra la domanda e l'esecuzione. In questa prima fase, il Canada si collocava tra i Paesi che consentivano l'assistenza medica al morire come pratica medicalizzata volta ad abbreviare la vita di pazienti già portatori di una prognosi infausta: una configurazione in parte analoga a quanto sostenuto dalla difesa nel giudizio oggetto della sentenza n.66 del 2025 della Corte costituzionale italiana. Nel 2021 la disciplina è stata ampliata, includendo anche i soggetti affetti da condizioni mediche gravi ma non in fase terminale [An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying), S.C. 2021, c. 2. (Bill C-7)]. Con la riforma è stato introdotto un sistema a due percorsi di eleggibilità. Il Track 1, corrispondente al contesto originario di fine vita, ha visto l'eliminazione del periodo obbligatorio di riflessione: i pazienti potevano ricevere la MAID anche il giorno stesso dell'approvazione. Il Track 2, invece, ha consentito l'accesso per adulti la cui morte non era ragionevolmente prevedibile, come nel caso di persone affette da dolore cronico o da alcune patologie neurologiche. Pur non essendo mai stato indicato come obiettivo ufficiale, l'Ufficio parlamentare di bilancio in fase di valutazione della legge, aveva stimato che tale estensione avrebbe comportato un risparmio annuo di circa 150 milioni di dollari canadesi nei costi sanitari. Entro due anni, l'accesso alla MAID potrebbe essere esteso anche alle persone affette da sole patologie psichiatriche, e il Parlamento ha raccomandato di valutare l'eventuale possibile accesso per i minori.

casi⁴³ e la diffusione di vicende cliniche controverse hanno alimentato un intenso dibattito pubblico e critiche serrate. Al centro della discussione vi sono, da un lato, la percezione di un'eccessiva ampiezza dei criteri di accesso e della conseguente vaghezza dei requisiti normativi; dall'altro, il timore che l'assenza di garanzie adeguate possa tradursi in una protezione insufficiente dei soggetti più vulnerabili, con il rischio di derive abusive o discriminatorie.

L'esperienza canadese, tuttavia, mostra come il nodo cruciale non risieda tanto nei criteri sostanziali previsti per i richiedenti, quanto nelle procedure applicative, nell'organizzazione concreta del sistema di accesso e, più in generale, nel contesto socioculturale: sono questi i fattori che hanno inciso in misura più rilevante nel determinare le criticità del modello canadese. Al contrario, la scelta di eliminare il requisito della presenza dei trattamenti di sostegno vitale o di sostituirlo con la condizione alternativa di una prognosi infausta a breve termine attiene esclusivamente a diversi bilanciamenti dei valori in gioco. Essa dipende dalla sensibilità etica di uno Stato democratico nel delineare una disciplina organica in materia, senza che ciò implichi necessariamente minori tutele o derive preoccupanti.

Proprio al fine di valutare con maggiore precisione la portata dei rischi richiamati dalla Corte, risulta dunque utile esaminare più da vicino la normativa canadese, così da individuare gli elementi di maggiore criticità e metterli in relazione con la situazione italiana.

7.1. La prognosi “ragionevolmente prevedibile”

Uno dei due requisiti alternativi previsti dalla normativa canadese sulla Medical Assistance in Dying (MAID) è la presenza di una prognosi di morte “ragionevolmente prevedibile”⁴⁴. Questa formula, definita solo in termini generici dal Department of Justice come «un periodo di tempo non troppo remoto»⁴⁵ e rimessa alle autorità provinciali per la concreta applicazione, è stata oggetto di critiche per l'eccessiva vaghezza e il rischio di disomogeneità.

D'altra parte, però, non mancano critiche anche nei confronti degli ordinamenti che hanno optato per un approccio più rigido, fissando un arco temporale preciso entro cui dovrebbe verificarsi il decesso. È il caso, ad esempio, dell'Inghilterra⁴⁶ e dell'Oregon⁴⁷, dove il requisito della prognosi infausta viene ancorato alla previsione di una sopravvivenza residua non superiore a sei mesi. Tale criterio è stato infatti ritenuto problematico, in quanto attribuisce alla medicina una capacità prognostica che difficilmente può raggiungere un grado di certezza tanto elevato: stabilire con esattezza la durata della vita di un paziente in fase terminale resta, infatti, un'operazione intrinsecamente incerta.

⁴³ I dati disponibili mostrano come i ritmi di crescita della MAID in Canada abbiano assunto proporzioni senza precedenti nel panorama internazionale. In meno di dieci anni dall'entrata in vigore della legge, il Paese si è collocato ai vertici mondiali per frequenza di ricorso a tali pratiche. Nel 2023 – ultimo anno per il quale sono disponibili dati ufficiali – circa il 4,7% dei decessi in Canada è avvenuto con MAID (15.343 persone, +15,8% rispetto al 2022) (Fifth Annual Report on Medical Assistance in Dying 2023, Health Canada), una percentuale ormai sostanzialmente sovrapponibile a quella registrata nei Paesi Bassi nello stesso anno (5,4%) (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, Annual Report 2023).

⁴⁴ An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying), cit.

⁴⁵ Glossary, Department of Justice, Government of Canada, disponibile qui: <https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/ad-am/glos.html?utm> (ultima consultazione 25/09/2025).

⁴⁶ Terminally Ill Adults (End of Life) Bill, cit.

⁴⁷ Oregon Death with Dignity Act, cit.

In definitiva, qualunque sia la soluzione adottata, questo requisito mira a garantire che l'assistenza medica al morire sia accessibile soltanto a persone la cui morte, per ragioni cliniche, appaia comunque imminente. Tuttavia, data l'eterogeneità delle situazioni che si configurano alla fine della vita, le formule previste nei diversi ordinamenti presentano inevitabilmente criticità, con approssimazioni e ambiguità difficili da eliminare nella loro concreta definizione.

7.2. Il requisito dell'irrimediabilità

Un secondo requisito, alternativo a quello della prognosi infausta a breve termine, è la presenza di una condizione medica grave e irrimediabile ("grievous and irremediable medical condition"). La principale difficoltà risiede proprio nella definizione di irrimediabilità adottata in Canada: la legge fa riferimento a una malattia, patologia o disabilità grave e incurabile ("serious and incurable illness, disease, or disability")⁴⁸. Tuttavia, sulla nozione di incurabilità il testo normativo non contiene alcuna precisazione, il che ha dato luogo, fin dall'inizio, a notevoli incertezze tra i clinici.

Quale significato attribuire, infatti, al termine *incurable*? Ben presto si è affermata un'interpretazione molto ampia: una condizione può dirsi incurabile qualora non esistano terapie ritenute accettabili dal paziente stesso. In altre parole, l'irrimediabilità non è ancorata esclusivamente a un dato oggettivo di carattere clinico, ma si fonda sulla valutazione soggettiva dell'interessato. Diverso è l'approccio seguito in Belgio⁴⁹ e nei Paesi Bassi⁵⁰, dove l'irrimediabilità viene valutata sulla base di parametri clinici, e dunque in termini di assenza di opzioni terapeutiche efficaci.

Questa lettura più ampia è stata valutata in Canada come più rispettosa dell'autonomia individuale, poiché subordinare l'accesso alla sola constatazione medica dell'assenza di opzioni terapeutiche efficaci sarebbe stato considerato un limite eccessivo alla libertà decisionale della persona. Così configurata, tuttavia, la centralità dell'autonomia finisce per sganciare la valutazione dall'oggettività clinica, collocando medici e pazienti in un terreno assai più problematico. Non sono mancati casi di forte disagio per i professionisti, chiamati a valutare richieste provenienti da soggetti giovani affetti da patologie severe ma trattabili, che rifiutavano le cure disponibili.

Si deve però considerare che questo problema non nasce con la MAID. Anche in assenza della possibilità di accedervi, tali persone avrebbero infatti potuto esercitare il diritto, già riconosciuto, di rifiutare le cure, comprese quelle salvavita, andando comunque incontro alla morte come conseguenza della loro scelta. L'esito finale, quindi, sarebbe stato analogo; ciò che cambia è che la MAID introduce una via alternativa, più rapida e medicalizzata. In tal modo si finisce per offrire una soluzione immediata, con il rischio di comprimere lo spazio necessario a una decisione realmente consapevole, soprattutto laddove il contesto socio-economico non sia favorevole e manchi un adeguato percorso di valutazione della validità del consenso o del diniego espresso, nonché della sua effettiva libertà da condizionamenti esterni.

In questa prospettiva, i dilemmi etici e clinici non dipendono esclusivamente dall'istituto della MAID, ma si radicano più a fondo nel riconoscimento del diritto di autodeterminazione del paziente e nelle condizioni concrete in cui tale diritto viene esercitato. È dunque il contesto — sociale, culturale ed economico

⁴⁸ An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying), cit.

⁴⁹ Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, cit.

⁵⁰ Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, cit.



— a rendere più o meno problematico l'esercizio di quella libertà, mentre la MAID può semmai accentuare e rendere più visibili tensioni già presenti.

7.3. Il ruolo del contesto socioeconomico

Ciò è particolarmente evidente se si guarda al problema oggi più rilevante in Canada, ovvero ai casi di persone che chiedono la MAID sotto la pressione di difficoltà economiche e della carenza di accesso alle cure. Non si tratta dunque di scelte maturate solo sulla base di un quadro clinico intrattabile, ma spesso di decisioni indotte da condizioni esterne: precarietà, assenza di sostegno sociale, impossibilità di ottenere terapie adeguate. In questo scenario, la MAID rischia di diventare un'opzione più immediata e percorribile rispetto alla tutela del diritto alla cura, trasformandosi di fatto in una risposta implicita a disuguaglianze sistemiche.

La gravità del fenomeno è stata tale che, nel marzo scorso, il *United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities* ha formalmente chiesto al governo canadese di abrogare il Track 2, sostenendo che l'estensione della MAID a persone con disabilità non a breve termine di vita abbia «fondamentalmente alterato» la ratio originaria dell'assistenza al morire, basandola su percezioni negative e ableiste della qualità e del valore delle vite delle persone disabili, senza affrontare le disuguaglianze strutturali che ne amplificano le sofferenze⁵¹.

Non sembrano quindi essere tanto i requisiti di accesso alla MAID a risultare di per sé problematici, quanto il contesto che spinge le persone a ricorrervi. Se infatti l'assistenza al morire diventa un'alternativa più rapida e meno onerosa rispetto all'ottenimento di cure adeguate, il rischio è che il sistema finisca per orientare indirettamente le scelte individuali. In questa prospettiva, ciò che appare critico non è l'autodeterminazione in sé, ma il quadro sociale ed economico che ne condiziona l'esercizio. Non sembra dunque corretto proporre di limitare la libertà di autodeterminazione della persona per proteggere in modo paternalistico soggetti che rimangono comunque vittime di iniquità cui non si offre reale rimedio. È come sostenere che, poiché in situazioni di marginalità o precarietà alcune persone contraggono matrimoni di convenienza o non pienamente voluti, si debba limitare per tutti la libertà di sposarsi: una soluzione che, anziché eliminare le disuguaglianze, finirebbe per comprimere ulteriormente i diritti individuali.

7.4. Le criticità nei requisiti procedurali

Le criticità maggiori non sembrano derivare tanto dalla formulazione dei requisiti, che, di fronte alla varietà delle situazioni cliniche e delle traiettorie di malattia, difficilmente possono essere resi sufficientemente specifici senza rischiare di escludere indebitamente alcune categorie di pazienti. I requisiti devono infatti conservare un grado di generalità, capace di offrire un criterio ampio e flessibile entro cui possano rientrare scenari diversi, richiamando in ultima istanza la necessità di un bilanciamento complessivo dei valori costituzionali coinvolti. In sé, quelli previsti in Canada non si discostano in modo sostanziale da quanto stabilito in Belgio o nei Paesi Bassi; e tuttavia, nell'arco di meno di un decennio, il Canada ha conosciuto una crescita esponenziale dei decessi per MAID, raggiungendo percentuali che in Belgio si sono

⁵¹ UNITED NATIONS — COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES, *Concluding Observations on the combined second and third periodic report of Canada*, 11 marzo 2025.

consolidate soltanto dopo trent'anni. Ciò induce a ritenere che le cause di una simile accelerazione non vadano ricercate tanto nella definizione dei requisiti, quanto altrove.

Un primo fattore è di natura culturale: l'avvio della pratica in un contesto già maturo sul piano del dibattito bioetico e giuridico, con un forte accento sull'autonomia individuale e una domanda sociale preesistente, ha verosimilmente favorito un'accettazione e una diffusione più rapide della MAID. In altre parole, la pratica attecchisce più velocemente laddove trovava già un terreno culturale favorevole e un bisogno percepito.

Un ruolo cruciale sembra poi essere svolto dalle procedure di accesso, soprattutto dalla possibilità per i clinici di proporre attivamente la MAID come opzione terapeutica, con conseguenze significative sulla percezione stessa della scelta. La differenza non è marginale: che sia il medico o il paziente ad avviare la conversazione incide profondamente sul modo in cui l'assistenza al morire viene percepita, trasformandola in un'opportunità sanitaria «tra le altre» e contribuendo a normalizzarne l'uso. In Canada, questa prassi è ampiamente diffusa e talvolta adottata in maniera inadeguata, con il rischio che la disponibilità della MAID influenzi implicitamente la decisione dei soggetti più fragili.

A ciò si aggiunge la carenza di meccanismi di supervisione e di valutazione preventiva da parte di organismi terzi, in grado di operare in modo uniforme: i controlli attualmente esistenti operano prevalentemente a livello provinciale o territoriale e solo ex post, quando la procedura è già stata realizzata, senza un monitoraggio sistematico né standard condivisi. I protocolli variano significativamente da una giurisdizione all'altra, con il risultato di accentuare disomogeneità applicative e di indebolire la tutela delle persone vulnerabili.

Un ulteriore elemento critico riguarda la prossimità decisionale, cioè la capacità di chi riceve la richiesta di valutare non solo le condizioni cliniche, ma anche la storia personale, familiare e sociale del paziente. In ordinamenti come Belgio e Paesi Bassi, questa valutazione avviene di norma all'interno di una relazione di cura preesistente, che consente al medico di conoscere meglio la persona e di collocare la richiesta nel quadro della sua biografia e del suo percorso di malattia. In Canada, al contrario, il sistema si è sviluppato attorno a centri di coordinamento provinciali: ciò fa sì che i professionisti chiamati a valutare la richiesta non abbiano quasi mai una conoscenza diretta pregressa del paziente.

Questa differenza non è marginale. Perché vi sia un reale esercizio dell'autodeterminazione e un consenso autenticamente libero, occorre infatti garantire condizioni imprescindibili, prima fra tutte l'assenza di condizionamenti esterni (coercizioni, pressioni economiche o sociali) o interni (stati psicologici che limitano la libertà della persona). Valutare il grado e le forme di tali condizionamenti è un'operazione complessa, che richiede competenza, continuità di rapporto e conoscenza del paziente. Non a caso, in diversi Paesi si sottolinea che i medici di base o i professionisti che seguono da tempo il malato siano i più adatti a gestire la complessità delle richieste di fine vita, proprio per la loro familiarità con il contesto complessivo della persona⁵².

⁵² Se si guarda al dibattito italiano, questo confronto induce a riflettere sull'assoluta inopportunità di istituire un comitato etico nazionale unico, come previsto dall'attuale disegno di legge in materia (DDL S. 124 (XIX Legislatura) — "Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasico"), e sulla necessità di valorizzare invece i comitati etici territoriali, purché dotati di una composizione realmente adeguata. Per poter svolgere un ruolo efficace di garanzia, essi dovrebbero infatti includere competenze multidisciplinari e figure professionali capaci di valutare non solo gli aspetti clinici, ma anche quelli sociali ed esistenziali del paziente, andando oltre l'attuale prevalente vocazione alla valutazione delle sperimentazioni cliniche.



8. Il passo mancato: continuità, requisiti e tutela della discrezionalità del legislatore nella sentenza n. 66 del 2025

La pronuncia in commento ribadisce quanto già affermato nella sentenza n. 135 del 2024, che, sebbene respingesse tutte le eccezioni sollevate dal giudice remittente, secondo parte dei commentatori aveva introdotto un nuovo elemento fra le condizioni di accesso alle procedure di morte assistita⁵³.

In quella occasione, infatti, con una tecnica diversa da quella utilizzata nella sent. n. 242 del 2019, cioè per mezzo di una interpretazione estensiva del concetto di trattamento di sostegno vitale⁵⁴, la Corte costituzionale aveva di fatto ampliato la categoria di soggetti che vi possono ricorrere, ricomprendendovi non solo i pazienti legati a supporti meccanici di sostegno delle funzioni vitali, ma anche tutte quelle «procedure» che «possono essere apprese da familiari o “caregivers” che assistono il paziente», sempre che la loro interruzione determini prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo⁵⁵.

Ebbene, forte anche della differente fattispecie oggetto del nuovo giudizio *a quo*, nella quale -si ricorda- il trattamento di sostegno vitale era stato indicato dal medico, ma ritenuto inutile e futile dai pazienti, la Corte sembra non muoversi dalla precedente statuizione.

Sebbene non possa dimenticarsi che l'ordinanza di remissione, come sopra rilevato, era stata depositata quando ancora la sent. n. 135 del 2024 non era stata pubblicata e che, dunque, un breve lasso di tempo separa le due pronunce, pare che con la sent. n. 66 del 2025 la Corte manifesti la volontà di non muoversi oltre e di “non creare ancora” esercitando il suo “ruolo normativo”⁵⁶.

Una molteplicità di indizi conduce a questo risultato.

In prima battuta, la stretta e rigida osservanza da parte del Giudice delle Leggi del principio di corrispondenza fra chiesto e pronunciato. Molto indicativa è sul punto la frase presente al punto 4.2 del Considerato in diritto «Questa Corte è *tenuta* a fornire risposta *unicamente* alle censure formulate nell'ordinanza di remissione, che sono del resto assai precise» nel chiedere l'ablazione totale del requisito relativo al trattamento di sostegno vitale.

Eppure, la Corte ci aveva abituato con la sent. 242 del 2019, ma anche con l'ordinanza 207 del 2018 che la anticipava, a un uso quanto meno elastico di questo principio, in grado di estendere il parametro di giudizio, il *thema decidendum*, modificando altresì i suoi modelli decisorii.

Inoltre, la Corte, se avesse voluto decidere nel senso di integrare e ampliare ulteriormente le categorie di pazienti che abbiano diritto di accedere alle procedure di morte medicalmente assistita, avrebbe potuto fare proprie o comunque utilizzare le argomentazioni della difesa della parte, che ritenevano che sulla scorta della medesima *ratio* che sorregge la sentenza n. 242 del 2019 avrebbe potuto riconoscere una

⁵³ Si veda G.S. STEGHER, *Il formante giurisprudenziale*, cit., 13.

⁵⁴ P. VERONESI, *A primissima lettura*, cit., 239 e O. SPATARO, *Lo statuto giuridico del fine vita*, cit., 248 la definivano una sentenza interpretativa di rigetto. Quest'ultima A. evidenzia anche la minore invasività della tecnica interpretativa rispetto alla addizione normativa e ritiene anche che in tal modo si pervenga ad un risultato pratico che si avvicina molto agli effetti che potevano derivare dall'accoglimento della questione di legittimità. U. ADAMO, *La Corte costituzionale ritorna ancora sull'aiuto al suicidio*, cit., 2 la definisce sentenza interpretativa di rigetto mascherata; mentre B. LIBERALI, *Ancora sul fine della vita*, cit., pp. 1 e 13, nota 1, per la mancanza nel dispositivo della formulazione tipica delle sentenze interpretative, parla di sentenza di rigetto con interpretazione.

⁵⁵ Corte cost., 18 luglio 2024, n. 135, punto 8 del Considerato in diritto.

⁵⁶ Di “ruolo normativo” della Corte che sarebbe stato ulteriormente confermato dalla sent. n. 135 del 2024 parla O. SPATARO, *op. ult. cit.*

nuova e diversa ipotesi di non punibilità dell'aiuto al suicidio, caratterizzata dalla presenza del requisito della prognosi infausta a breve termine, come requisito alternativo rispetto all'essere il paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale.

In secondo luogo, la Corte riprende in tutto le ragioni che sostengono la sentenza n. 135 del 2024, reponendovi la chiave di volta del ragionamento che sostiene il secco rigetto della questione di costituzionalità. Tali ragioni trovano nel principio personalista il fondamento della necessità del bilanciamento fra libertà di autodeterminazione del paziente e diritto alla vita, che consente, da un lato, di non assolutizzare la prima fino alla elaborazione del diritto a morire e, dall'altro di non concepire più la vita come un bene indisponibile che deve essere vissuta ad ogni costo, potendo il paziente non solo chiedere la sospensione del trattamento di sostegno vitale, ma anche rifiutarlo fin dall'inizio.

È proprio il "formante giurisprudenziale" del citato bilanciamento fra diritto alla vita e libertà di autodeterminazione, che si sostanzia nella necessità che il paziente sia legato a trattamenti di sostegno vitale, a fermare la Corte: il suo compito, infatti, è quello di "non andare oltre" e fissare solo il limite minimo, costituzionalmente imposto, della tutela di entrambi i principi, lasciando al legislatore l'individuazione di soluzioni che assicurino loro una tutela più intensa⁵⁷.

Infine, un terzo elemento ci dice che la Corte abbia forse cambiato atteggiamento, non solo quanto al metodo adottato nelle decisioni precedenti e al suo "ruolo normativo" (o alla sua "funzione creativa"), ma anche quanto alle scelte di merito, sembrando oggi ancora più indirizzata verso opzioni terapeutiche che orientino la determinazione del paziente verso le ragioni per vivere.

Nella parte motiva della sentenza n. 66 del 2025, gli appelli al legislatore sembrano meno intensi e meno pressanti di quanto non sia accaduto in passato, si limitano ad evidenziare quale sia il ruolo della Corte e il suo assoluto rispetto della discrezionalità legislativa, che potrà eventualmente adottare soluzioni diverse, sempre nel rispetto del limite minimo di tutela dei diritti in conflitto fissato in via giurisprudenziale. Sembrano invece più intensi i richiami che il Giudice delle Leggi fa nell'ultimo punto del Considerato in diritto⁵⁸, laddove evidenzia dapprima il "duplice livello" entro il quale sono state individuate le condizioni per accedere al suicidio assistito⁵⁹ e, sulla scorta di questo, esorta anche in modo molto puntuale il Legislatore a disporre strumenti, non tanto giuridici, quanto sociali e assistenziali, affinché i pazienti vengano messi nelle condizioni di scegliere di continuare a vivere.

Tuttavia, le argomentazioni sviluppate dalla Corte al punto 7 del Considerato in diritto appaiono particolarmente fondate laddove richiamano la necessità di una normativa che disciplini con precisione le procedure e preveda adeguate garanzie, risultano invece meno convincenti se utilizzate come argomento contro la possibilità di una modifica o eliminazione del requisito dei trattamenti di sostegno vitale. I rischi per la tutela delle persone vulnerabili, infatti, non dipendono unicamente dalla presenza o dall'assenza del requisito dei trattamenti di sostegno vitale, ma emergono in ogni ordinamento che non regoli in maniera

⁵⁷ G.S. STEGHER, *op. cit.*, lo definisce "formante giurisprudenziale" e ritiene, con un ragionamento relativo alla sent. n. 135 del 2024 che può ben essere applicato alla sent. n. 66 del 2025 che in questo modo «la Corte sembrerebbe volersi tutelare da eventuali accuse di partigianeria», chiarendo così la sua posizione e quella del legislatore.

⁵⁸ Ci si riferisce specificatamente al punto 7 (e ai suoi sottoparagrafi) del Considerato in diritto della sentenza in esame.

⁵⁹ Costituito, come sopra evidenziato, dalla necessità di prevenire eventuali abusi a danno delle persone deboli e vulnerabili e di contrastare derive sociali e culturali che conducano a scegliere la fine della vita, anche laddove si potrebbero trovare le ragioni per vivere.



adeguata le condizioni concrete di accesso al suicidio medicalmente assistito. Anche un soggetto che soddisfi pienamente i requisiti fissati dalla giurisprudenza potrebbe giungere a chiedere la morte sotto l'influenza di pressioni esterne, e quella stessa persona, come dimostra il caso di Fabiano Antoniani, avrebbe potuto continuare a vivere per un periodo più o meno lungo o decidere di interrompere i trattamenti.

In ultimo, a fronte del probabile mutamento di metodo e di merito della giurisprudenza della Corte, non si può mancare di gettare una luce viceversa sull'attivismo dei giudici, i quali, avanti a fattispecie che non rispettino (o rispettino solo parzialmente) le condizioni stabilite per l'applicazione della causa di giustificazione del reato di cui all'art. 580 c.p., continuano a sollevare questioni di legittimità costituzionale, con lo scopo evidente di voler ampliare la platea dei soggetti destinatari delle procedure di suicidio medicalmente assistito, pur nella assenza di disposizioni legislative.

La strada che a tal fine la Corte sembra suggerire loro di intraprendere è quella del perseguimento della «ratio che sorregge la sentenza n. 242 del 2019»⁶⁰ -come suggerito dalla difesa della parte- e non quella della individuazione di singole fattispecie e di singoli casi da tutelare, fra l'altro potenzialmente innumerevoli in ragione dei continui progressi della scienza medica.

In conclusione, emergono con chiarezza due nodi centrali. Da un lato, la Corte costituzionale per sua natura non può sostituirsi del tutto al legislatore – e talvolta, come nel caso della sent. n. 66 del 2025 non intende nemmeno adottare un approccio interpretativo più elastico – nel ridefinire i requisiti di accesso solo attraverso un approccio analogico, poiché questa operazione richiederebbe un nuovo specifico bilanciamento dei principi e dei valori di riferimento, che spetta unicamente al Parlamento. Dall'altro, la mancanza di una legge specifica non consente di predisporre garanzie procedurali solide, indispensabili per tutelare i soggetti vulnerabili dai rischi di abusi: un rischio che rimane costante e indipendente dai requisiti di accesso formalmente previsti.

Dunque, si può affermare che, sebbene le garanzie procedurali delineate dalla Corte assicurino una tutela di base, l'assenza di una disciplina legislativa organica lascia tutt'oggi indefiniti i dettagli operativi e le specificazioni necessarie a garantire effettivamente i diritti degli interessati e a prevenire le difformità applicative, le incertezze interpretative e le significative disuguaglianze territoriali ad oggi esistenti.

⁶⁰ Si veda il punto 4.1 del Considerato in diritto.