Forum

Fraintendimenti e ripiegamenti sul fine vita

Corrado Caruso
Professore Ordinario di diritto costituzionale, Università di Bologna

1. Problemi interpretativi e casi della vita: il requisito dei trattamenti di sostegno vitale

Per comprendere le difficoltà interpretative dei requisiti individuati dalla sentenza n. 242/2019 bisogna partire dalla particolare configurazione che il suicidio medicalmente assistito ha assunto nel nostro ordinamento. La Corte costituzionale ha riconosciuto una circoscritta libertà di autodeterminazione terapeutica, fondata sull'analogia con il diritto di rifiutare le cure. Se il paziente può ottenere l'interruzione dei trattamenti necessari alla sopravvivenza, non è ragionevole imporgli di attendere il decorso della morte conseguente a tale interruzione, precludendogli un aiuto che gli consenta di sottrarsi più rapidamente alle sofferenze.

In questa costruzione, il trattamento di sostegno vitale (TSV) costituisce il collegamento tra il rifiuto delle cure e il suicidio assistito. È un requisito che riflette anche un equilibrio istituzionale: consente alla Corte di aprire uno spazio di autodeterminazione, senza invadere la discrezionalità legislativa nella realizzazione di una disciplina generale sul fine vita. Il requisito consente, nella prospettiva del Giudice delle leggi, di schiudere un varco al suicidio medicalmente assistito (SMA) senza aprire indiscriminatamente alla libera autodeterminazione individuale, mantenendo l'ancoraggio alla più circoscritta libertà terapeutica.

L'origine, essenzialmente pretoria, del requisito spiega le sue difficoltà applicative. Non esiste un concetto di TSV rinvenibile, per così dire, *in rerum natura*: la sua definizione risente inevitabilmente del problema bioetico da affrontare, alla luce del rapporto tra biologia e dignità umana in una certa situazione clinica e della conseguente disciplina giuridica volta a regolare tale relazione. In tal senso, il concetto di TSV, assurto agli onori di cronaca e giurisprudenza, ha senso solo in rapporto al suicidio medicalmente assistito, come introdotto dalla Corte costituzionale in relazione a uno specifico caso (quello, appunto, che riguardava DJ Fabo).

Non a caso si tratta di un requisito inesistente sul piano comparato e sfuggente sul piano clinico, tanto che il Comitato nazionale per la bioetica ne ha fornito definizioni diverse, a seconda degli orientamenti valoriali prevalenti in seno al Comitato stesso. Da ultimo, ad esempio, il CNB ha schiacciato tale requisito sui trattamenti sostitutivi di funzioni vitali, nel senso che i TSV devono realizzare una "vera e propria 'sostituzione' di una funzione vitale che l'organismo è ormai del tutto incapace di assicurare autonomamente" (CNB 2024).

Queste premesse aiutano a spiegare perché la Corte costituzionale, nella giurisprudenza successiva, non riesce a fare a meno di tale requisito (sent. 152 del 2026). Dal suo punto di vista, tale condizione rappresenta l'argine all'esondazione del diritto giurisprudenziale nella discrezionalità politica del legislatore. Si comprende, perciò, perché la Corte costituzionale lo abbia sempre tenuto fermo. Le uniche concessioni hanno riguardato l'inclusione di "procedure che possono essere eseguite anche da familiari o caregiver appositamente formati, come l'evacuazione manuale dell'intestino, il cateterismo urinario o l'aspirazione delle secrezioni bronchiali", oltre, dunque, ai semplici sostegni meccanici (sent. n. 135/2024), e il momento di somministrazione del trattamento, nel senso che non occorre essere già sottoposti al trattamento per poter accedere al suicidio medicalmente assistito. È

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw
ISSN 2284-4503

sufficiente che ne sia clinicamente accertata la necessità per la sopravvivenza e che il paziente ne rifiuti l'attivazione. Imporgli di iniziarlo per accedere al suicidio assistito introdurrebbe una coercizione terapeutica incompatibile con il fondamento della tutela (sent. n. 66 del 2025).

È chiaro, tuttavia, che tale comprensibile *self-restraint* produce evidenti vuoti di tutela e irragionevoli disparità di trattamento. Si pensi al malato oncologico con prognosi infausta e sofferenze intollerabili, ma non sottoposto a trattamento di sostegno vitale (per come definito dalla Corte); oppure al paziente affetto da una patologia neurodegenerativa che dipenda integralmente dall'assistenza altrui, senza che questa si traduca in specifiche procedure di sostegno delle funzioni vitali. Si può davvero ritenere che l'assenza di un trattamento di sostegno vitale giustifichi, in simili circostanze, una diversa risposta dell'ordinamento? Non è forse proprio l'eguale dignità delle persone a reclamare un'eguale *pietas*, capace di riconoscere, pur nella diversità delle condizioni cliniche, la medesima domanda di umana comprensione e di aiuto nel porre fine a sofferenze divenute intollerabili?

Il punto è forse proprio questo: per offrire una risposta adeguata alle domande che pone il fine vita, è necessario abbandonare la polarizzante distinzione tra dignità in senso oggettivo e in senso soggettivo, per ragionare in termini di attenzione concreta alla situazione e alle sofferenze della persona.

2. Perché serve ancora una legge statale e quali spazi conserva il legislatore

Naturalmente, è necessaria una legge statale. Purché, però, sia una legge che, partendo dal dato giurisprudenziale, sviluppi una compiuta disciplina generale volta a regolare l'assistenza nel percorso di conclusione della propria vita. Sarebbe anzitutto da abbandonare il riferimento, già di per sé limitante e svalutativo, al suicidio medicalmente assistito, che, sin dal nome, tradisce un pregiudizio etico nei confronti delle scelte individuali di fine vita (non a caso, nel dibattito britannico, si fa riferimento al concetto più neutro di *assisted dying*).

In questa prospettiva, il ddl attualmente in discussione al Senato (XIX leg., d.d.l. unificato [S. 65, 104, 124, 570, 1083, 1408] – Modifica all'articolo 580 del codice penale e ulteriori disposizioni esecutive della sentenza n. 242 della Corte costituzionale del 22 novembre 2019] è un esempio paradigmatico di come *non* si dovrebbe disciplinare il fine vita.

Il disegno di legge appare pervaso da un intento reazionario nei confronti delle aperture della giurisprudenza costituzionale. La proclamazione dell'indisponibilità della vita, contenuta nell'art. 1, pur di per sé incontestabile, attribuisce a quest'ultima una posizione di assoluta preminenza, degradando l'autodeterminazione terapeutica a mera causa di non punibilità dell'aiuto al suicidio.

Il ddl restringe i requisiti sostanziali per l'accesso al suicidio medicalmente assistito. La sostituzione dei «trattamenti di sostegno vitale» con i «trattamenti sostitutivi delle funzioni vitali» sembra circoscrivere l'accesso alle sole procedure meccanizzate, escludendo forme di assistenza manuale riconosciute dalla Corte e introducendo un'irragionevole disparità tra condizioni equivalenti sul piano della sofferenza e della dignità. Analogamente, la richiesta di sofferenze fisiche *e* psichiche intollerabili, descritte in termini cumulativi anziché alternativi, rischia di escludere chi, pur beneficiando del controllo del dolore mediante cure palliative, continui a patire una sofferenza psicologica insopportabile. Una restrizione che non può giustificarsi sulla base della necessità di escludere soltanto le patologie

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw
ISSN 2284-4503

psichiche, esigenza che può essere perseguita mediante una previsione più mirata.

Sul piano procedurale, il ddl sovverte il modello delineato dalla Corte, fondato sul ruolo del Servizio sanitario nazionale e dei comitati etici territoriali. L'esclusione del personale, delle strutture e dei farmaci del SSN si accompagna all'attribuzione delle verifiche a un comitato nazionale nominato dalla Presidenza del Consiglio: una centralizzazione che sacrifica la prossimità dell'assistenza, espone la valutazione al condizionamento politico-ideologico e dilata i tempi decisionali. Il paziente ammesso alla procedura dovrebbe quindi ricorrere a prestazioni private a proprie spese, con una discriminazione nell'accesso basata sulle disponibilità economiche.

Ne deriva anche un'incoerenza rispetto alle scelte compiute in ambiti analoghi, come l'interruzione volontaria di gravidanza, nei quali l'intervento pubblico garantisce, insieme, l'assistenza, la libertà di decisione e il rispetto delle condizioni stabilite dalla legge. La privatizzazione e la centralizzazione del suicidio assistito indeboliscono proprio queste garanzie, sottraendo la procedura a una gestione pubblica in grado di assicurare competenze medico-sanitarie adeguate, protocolli condivisi e la tutela delle persone vulnerabili.

Una legge sul fine vita dovrebbe muovere da un rovesciamento di prospettiva: ricercare una composizione equilibrata degli interessi costituzionali in conflitto, nel nome di una comune *pietas*, prendendo le mosse dalle concrete condizioni della persona ed evitando ogni distinzione tra vite degne e indegne di essere vissute.

Occorrerebbe, anzitutto, valutare attentamente la necessità di positivizzare la nozione di TSV e assicurare, in ogni caso, procedure uniformi sul territorio nazionale. A questo scopo, andrebbero istituiti ovunque i comitati per l'etica clinica e previsti termini proporzionati alle condizioni del paziente, capaci di consentire una scelta ponderata senza imporre attese ingiustificate. Centrale dovrebbe essere il ruolo del Servizio sanitario nazionale, chiamato a garantire gratuitamente la necessaria assistenza quale livello essenziale delle prestazioni sanitarie. Andrebbe inoltre valutata, come *extrema ratio* e alle medesime condizioni del suicidio assistito, la possibilità di un intervento attivo del personale sanitario quando l'autosomministrazione risulti estremamente difficile o, comunque, inidonea ad assicurare la dignità della persona nel momento del trapasso.

Una disciplina organica, tuttavia, dovrebbe anche creare le condizioni affinché la richiesta di anticipare la morte rimanga eccezionale, rafforzando l'assistenza domiciliare e garantendo l'accesso alle cure palliative. L'autodeterminazione deve inserirsi in un'etica della cura, attenta alla persona nella pluralità delle sue relazioni e al sostegno dei familiari e dei caregiver, anch'essi profondamente coinvolti nell'esperienza della sofferenza.

È questo il compito della legge: dare una risposta condivisa alla dimensione tragica dell'esistenza, con la consapevolezza che la morte, insieme alla vita, è un aspetto inevitabile dell'esperienza umana.

3. Legittimità, opportunità e limiti della supplenza regionale

In assenza di una simile disciplina, ritengo legittimo e opportuno un intervento regionale volto a organizzare l'attuazione delle situazioni soggettive già riconosciute dall'ordinamento. La sua giustificazione risiede nella competenza regionale in materia di tutela della salute e nella responsabilità delle Regioni per l'organizzazione del servizio sanitario.

La sentenza n. 204/2025, relativa alla legge toscana, ha confermato questa impostazione:

Downloaded from
https://teseo.unitn.it/biolaw
ISSN 2284-4503

l'assenza di un'organica disciplina statale non paralizza la competenza regionale, perché i principi fondamentali possono essere ricavati dalla legislazione vigente, letta alla luce della giurisprudenza costituzionale. Peraltro, tale prospettiva sembra essere stata finalmente accolta dallo Stato, che, nell'ultimo ricorso avverso la legge emiliano-romagnola, non ha contestato l'intero impianto della legge per difetto assoluto di competenza, bensì singole disposizioni ritenute eccedenti le attribuzioni dell'ente.

Le Regioni intervengono dunque entro una cornice nazionale già esistente. Entro tale cornice possono individuare strutture competenti, istituire commissioni multidisciplinari, organizzare le valutazioni sui soggetti vulnerabili e regolare gli aspetti operativi dell'istruttoria (v. anche sent. n. 148/2026 sulla legge sarda). Le discipline regionali rendono concretamente esercitabili pretese altrimenti esposte alle incertezze della prassi e agli orientamenti giurisprudenziali differenziati persino all'interno della stessa ASL.

Il limite non oltrepassabile coincide con i requisiti sostanziali e le condizioni procedurali minime già definite dalla Corte costituzionale. Le Regioni non possono modificare i requisiti sostanziali di accesso, incidere sull'area della responsabilità penale o appropriarsi dei principi fondamentali riservati allo Stato. Persino la riproduzione legislativa dei requisiti sostanziali può risultare illegittima, perché, nel novare la fonte, trasforma tali contenuti in una fonte regionale autonoma.

Certo, non è sempre chiaro il confine tra le situazioni soggettive e l'organizzazione procedurale. Anche una previsione apparentemente procedurale può incidere su scelte fondamentali: è il caso dei termini stringenti, censurati dalla Corte, previsti dalle leggi toscane e sarde, che incidevano sull'uniformità della tutela e sulla possibilità di svolgere accertamenti clinici adeguati. Per tale ragione, la legge regionale dell'Emilia-Romagna, pure recentemente impugnata, evita prudentemente di fare riferimento a termini predeterminati, commisurando la durata della procedura alle condizioni del paziente (art. 4.3, l.r. n. 10/2026).

A testimonianza di tale incerto confine, non mancano talune contraddizioni, dovute a un atteggiamento eccessivamente prudente da parte della Corte costituzionale.

Particolarmente significativo è il rapporto tra la competenza legislativa e gli obblighi di servizio. Secondo il Giudice delle leggi, la Regione non è competente a riconoscere autonomamente un diritto alla prestazione, pur essendo, al tempo stesso, tenuta a organizzarne l'erogazione, poiché tale situazione soggettiva è già prevista dal quadro nazionale. In tal senso, non spetta al legislatore regionale riconoscere espressamente il supporto tecnico e farmacologico, nonché l'assistenza sanitaria per la preparazione all'autosomministrazione del farmaco autorizzato. Ciò nonostante, l'illegittimità di questa disposizione non comporta l'esclusione del "diritto della persona, in relazione alla quale siano state positivamente verificate le condizioni per l'accesso al suicidio medicalmente assistito, di ottenere dalle aziende del servizio sanitario regionale il farmaco, i dispositivi eventualmente occorrenti all'autosomministrazione, nonché l'assistenza sanitaria anche durante l'esecuzione di questa procedura, come del resto affermato nella ricordata sent. n. 132/2025, che riveste [...] portata autoapplicativa" (sent. n. 204/2025).

In sostanza, *la Regione non può dire ciò che, per giurisprudenza costituzionale, deve fare*: non può affermare in un testo legislativo i diritti implicati dalla procedura, ma deve, sul piano amministrativo, fornire la prestazione con le proprie strutture, anche a titolo gratuito.

Sul piano dell'opportunità, la supplenza regionale evita che l'inerzia parlamentare si propaghi

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw ISSN 2284-4503

alle amministrazioni sanitarie. Può uniformare le prassi sul territorio regionale, rendere esigibile l'accesso al SMA e ridurre il contenzioso giurisdizionale.

È il senso di una formula antica, ritornata d'attualità di fronte alle inadempienze ideologiche del legislatore nazionale: a seguito di una giurisprudenza costituzionale che annovera nuove situazioni soggettive e, dunque, arricchisce i contenuti dell'unità politica, le Regioni non possono non intervenire «per l'unità»: l'autonomia contribuisce all'attuazione di prestazioni comuni, nell'ambito di un'evoluzione che dovrebbe caratterizzare l'intera Repubblica.

Certo, l'intervento regionale è pur sempre una risposta parziale: l'eguale garanzia della libertà di autodeterminazione terapeutica non può dipendere stabilmente dall'attivismo di alcune Regioni. Anzi, il fine vita può assurgere a paradigma di una tesi più generale, quella secondo cui la fondazione e il riconoscimento di nuovi diritti devono avvenire nell'ambito di un processo deliberativo di unificazione politica, capace di coinvolgere le principali istituzioni dell'ordinamento. Non sono sufficienti le evoluzioni della giurisprudenza, peraltro sempre precaria e suscettibile di *revirement* (come insegna il caso Dobbs), né gli strappi delle avanguardie (sociali o territoriali) a fondare nuovi diritti. Non si tratta solo di soddisfare l'obiettivo legalistico di una loro positivizzazione o di restaurare la centralità della produzione legislativa, ma di completare un percorso di istituzionalizzazione che preveda con certezza titolari, oggetto, contenuto, limiti e organizzazione istituzionale (procedure, soggetti, risorse) deputata a soddisfarli. Solo in questo modo è possibile evitare la diluizione dei diritti nella retorica giudiziale, o, ancor peggio, nelle rarefatte condizioni di legittimità del sistema politico.

Downloaded from
https://teseo.unitn.it/biolaw
ISSN 2284-4503