Brevi notazioni sullo "spazio" costituzionalmente riconosciuto al legislatore nazionale nella disciplina della materia del *fine-vita* fra "confini" invalicabili di tutela dell'autodeterminazione e della vita, e competenze "concorrenti" regionali

Federico Gustavo Pizzetti

Professore ordinario di diritto costituzionale e pubblico, Università degli Studi di Milano

Interrogarsi, come il dibattito tematico lanciato su questo *Forum* invita a fare, su quale sia il preciso "spazio di manovra" di cui il legislatore nazionale dispone in materia di "*fine-vita*", vuoi con riferimento alle scelte terapeutiche di rinuncia o rifiuto delle cure vitali, vuoi avuto riguardo alle procedure di suicidio medicalmente assistito o di eutanasia, richiede, inevitabilmente, di riferirsi alla copiosa giurisprudenza elaborata dalla Corte costituzionale, tanto in sede di giudizio di legittimità costituzionale (in via diretta[1] e incidentale[2]), quanto di ammissibilità referendaria[3], rispetto alle fattispecie dell'omicidio del consenziente (art. 579 c.p.) e dell'aiuto materiale al suicidio (art. 580 c.p.), oltreché della rinuncia o rifiuto dei trattamenti sanitari necessari alla sopravvivenza (artt. 1 e 2 l. n. 219/2017).

Come infatti ribadito a più riprese dalla Corte stessa[4], se al Parlamento va riconosciuto un significativo margine di apprezzamento discrezionale nel bilanciare il diritto all'autodeterminazione individuale, esteso anche alle scelte che riguardano il congedarsi dalla vita, col contrapposto dovere della Repubblica di salvaguardare la vita umana in sé, quale valore della persona in qualunque condizione essa si trovi ed esclusa ogni funzionalizzazione al soddisfacimento di interessi collettivi, è alla sola giurisdizione costituzionale che compete l'individuazione del punto di "*minimo di tutela*", *costituzionalmente incomprimibile*, di ciascuno dei due fattori in gioco[5].

Da questo punto di vista, pare, oggi, possibile affermare che il "*limite minimo*" di salvaguardia del diritto ad *autodeterminarsi nelle scelte di fine-vita* sia stato tracciato, dalla stessa Consulta, tanto nel pieno riconoscimento della libertà terapeutica del malato di rifiutare o rinunciare ad ogni trattamento sanitario indispensabile alla sua sopravvivenza[6] (libertà radicata negli artt. 2, 13 e 32, c. 2, della Costituzione e attuata dagli articoli 1 e 2 della legge n. 219/2017, nonché dagli articoli 4 e 5 per le scelte di rinuncia o rifiuto espresse in via anticipata o condivisa), quanto nel diritto del paziente – ricavato in via pretoria sulla base dell'accertata irragionevolezza del previgente divieto[7] – di accedere alla procedura di assistenza medicale al suicidio a condizione

[1] Corte cost., sentt. 242/2019, 135/2024, 66/2025, 132/2025, 152/2026.

[2] Corte cost., sentt. 204/2025, 148/2026.

[3] Corte cost., sent. n. 50/2022.

[4] Corte cost., sentt. nn. 135/2024, 66/2025, 152/2026.

[5] Corte cost., sent. n. 152/2026.

[6] Da intendersi, nell'ottica della Consulta, quale trattamento sanitario praticato sul corpo che, indipendentemente dal grado di complessità tecnica e di invasività e anche se inizialmente compiuto da personale sanitario munito di competenze professionali per poter poi essere proseguito da "*caregiver*", si riveli in concreto necessario ad assicurare l'espletamento di funzioni vitali al punto che la sua omissione o interruzione determinerebbe, prevedibilmente, la morte del paziente in un breve lasso di tempo: Corte cost., sent. n. 135/2024.

[7] Corte cost., sent. n. 242/2019.

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

CC BY NC ND

che si tratti di paziente dipendente[8] da presidio di sostegno vitale, affetto da malattia irreversibile e fonte di sofferenze, fisiche o psicologiche, che reputa intollerabili, ma ancora capace di compiere scelte pienamente libere e consapevoli; e sempreché tali condizioni siano state previamente verificate dal SSN con parere del competente comitato etico[9].

Una procedura, questa del suicidio medicalmente assistito, che, nella prospettiva della Corte, impone all'amministrazione sanitaria tanto l'accertamento medico-legale della sussistenza in capo al paziente delle condizioni legittimanti l'accesso (irreversibilità della malattia, dipendenza da presidio vitale, sofferenza insopportabile e capacità di autodeterminarsi liberamente), quanto la messa a disposizione – per successiva auto-somministrazione da parte del malato – della sostanza idonea a cagionare la morte dignitosa e senza sofferenze (ivi compreso, ove necessario, il dispositivo idoneo ad assumerla)[10].

Per quanto riguarda, invece, il contrapposto "*limite minimo*" di salvaguardia del *bene della vita*, la Corte costituzionale ha, innanzitutto, affermato il principio in forza del quale, quando viene in rilievo il cardinale valore della vita, costituzionalmente posto in apicale posizione nel sistema assiologico repubblicano (art. 2 Cost.) e oggetto di un precipuo dovere dì tutela da parte dello Stato (art. 2 Cost.)[11], il pur fondamentale diritto all'autodeterminazione non può mai "*incondizionatamente prevalere*"[12].

Formula, quest'ultima, che – tuttavia – la Corte *non* pare sinora aver messo fino in fondo a fuoco soprattutto con riferimento all'individuazione, puntuale ed esaustiva, di tutti quegli elementi, da ritenersi costituzionalmente necessari e dunque *indisponibili* alla discrezionalità del legislatore ordinario, che darebbero corpo alla "*condizionata prevalenza*" dell'autodeterminazione esistenziale sul bene vita e che, rappresenterebbero, di conseguenza, la linea di demarcazione "costituzionale" in presenza della quale qualunque normativa permissiva sul *fine-vita* dovrebbe arrestarsi.

Risulta, comunque, possibile sostenere, va da sé, che debba ritenersi costituzionalmente *necessaria*, al fine di assicurare la "minima tutela" del bene della vita, anche a fronte di una massima espansione dell'autodeterminazione, una legislazione penale che sanzioni – secondo la dosimetria che il legislatore vorrà calcolare – la condotta di colui che suscita o rafforza il proposito auto-soppressivo dell'individuo. In tali evenienze, in effetti, *neppure* di vera e propria *autodeterminazione* si può parlare posto che, ovviamente, la volontà è *ab esterno* alterata.

Così come neppure si può ritenere posta *al di fuori* del perimetro di "minima tutela" del bene della vita anche ove si voglia dilatare ampiamente l'autodeterminazione, una normativa che

[8] Corte cost., sent. n. 135/2024 ha puntualizzato che il requisito della "dipendenza" da presidio vitale non comprende solo i casi in cui il trattamento sia già stato avviato, ma anche quelli in cui viene prospettata la necessità di sottoporvisi al fine di poter sopravvivere.

[9] In assenza di tali condizioni (Corte cost., sent. n. 242/2019), infatti, la condotta di chi agevola in qualsiasi altro modo il proposito suicidario dell'individuo, così come quella di chi suscita o rafforza il medesimo proposito, è punita con la reclusione da 5 a 12 anni (ovvero con la reclusione da 1 a 5 anni se il suicidio non avviene ma dal gesto residuano lesioni personali gravi o gravissime) (art. 580 c.p.); parimenti punita, con la reclusione da 6 a 15 anni la condotta di chi cagiona la morte di un uomo con il di lui consenso (art. 579 c.p.); si applicano, invece, le disposizioni che prevedono e puniscono l'omicidio (art. 575 c.p.) nel caso in cui il soggetto agevolato a suicidarsi, o ucciso con suo consenso, fosse stato minorenne o infermo di mente.

[10] Corte cost., sent. n. 132/2025.

[11] Corte cost., sentt. nn. 242/2022, 50/2022, 135/2024, 66/2025.

[12] Corte cost., sent. n. 50/2022.

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

punisca la condotta di chi direttamente dia esecuzione alla volontà di uccidersi di un soggetto minorenne, infermo di mente o afflitto da altra deficienza psichica legata ad una malattia o all'assunzione di sostanze alcoliche o stupefacenti dal momento che – è evidente – in tali quadri, l'autodeterminazione è assente o compromessa[13].

Alla luce della giurisprudenza costituzionale in punto intervenuta[14], si può ritenere che al Parlamento sia *costituzionalmente* richiesto di tenere in considerazione, ove volesse elaborare una disciplina di *fine-vita* più permissiva rispetto all'attuale, anche ulteriori fattori oltre alla mera volontà *rettamente formata* dell'interessato, quali i "*motivi*" che possono essere posti alla base della (legittima) richiesta di assistenza al suicidio o di eutanasia, le "*forme*" con le quali siffatta richiesta può essere (validamente) espressa, la "*qualità*" soggettiva che deve rivestire colui il quale (lecitamente) attua l'istanza medesima e le "*modalità*" operative per mezzo delle quali la "morte a richiesta" può essere (correttamente) ottenuta.

Si tratta, infatti, di elementi che, ove siano del *tutto mancanti* in una disciplina di *fine-vita* che ampli gli spazi di autonomia del soggetto, rendono – per la Corte stessa[15] – privo di "*ogni tutela*" costituzionalmente necessaria e doverosa il bene della vita, pur se la Consulta non si è, sinora, spinta sino ad indicare, più in dettaglio, *quali*, fra i tanti motivi, forme, soggetti qualificati o modalità, debbano essere costituzionalmente ritenuti necessari, e quali no.

Come sottolineato dalla Corte è – poi – compito costituzionalmente precipuo della Repubblica assicurare, tanto a tutela del bene della vita, quanto del diritto all'autodeterminazione, che la volontà del soggetto di darsi la morte (con l'aiuto altrui) sia scevra da "*interferenze di ogni genere*"[16].

Tale garanzia è oggi assicurata dalla procedura medicalizzata di cui agli articoli 1 e 2 della l. n. 219 del 2017, con l'aggiunta della previa verifica da parte del SSN, col parere del comitato etico, delle condizioni, puntuali e circoscritte, che rendono non punibile l'aiuto medicale al suicidio (malato irreversibile, dipendente da presidio vitale, sofferente e capace).

In futuro, quanto più il legislatore vorrà avanzare nel riconoscimento di più ampi spazi di autonomia individuale nelle scelte di *fine-vita* discostandosi dall'attuale regime (che è di "*minima tutela*" dell'autonomia individuale), tanto più dovranno essere previsti istituti volti a scongiurare i *rischi*[17] che interferenze esterne di vario tipo gravino

[13] D'altro canto, anche le giurisprudenze straniere che più hanno valorizzato l'autonomia individuale nel congedarsi dalla vita, quale riflesso della dignità e della libertà umane, hanno pur sempre tenuto fermo l'ovvio limite dato dalla formazione da una invalida decisione di sottoporsi a procedura eutanasica o di suicidio assistito a causa di incapacità di agire o di vizi della volontà: cfr. BVG, sent. 26.2.2020, VfGH sent. 11.12.2020, Tribunal Constitutional de España, sent. 11.12.2020, Supreme Court of Canada, 6.2.2015, *Carter*).

[14] Corte cost., sentt. nn. 50/2022, 135/2024.

[15] Corte cost., sent. n. 50/2022.

[16] Corte cost., sentt. nn. 242/2019, 135/2024, 66/2025.

[17] La Corte, pur riconoscendo che la decisione sul *quando* e il *quomodo* della propria dipartita è fra quelle esistenzialmente più significative e dunque sicuramente accede al valore dell'identità personale che, insieme con il valore della dignità dell'essere umano, dà compiuta forma al principio personalista (art. 2 Cost.), resta persuasa della necessità, costituzionalmente, imposta che il legislatore tuteli il bene della vita in sé, ergendo una cintura di protezione "attorno" al soggetto che, per quanto stretta o lasca sia, non può mai arrivare al punto da basarsi *unicamente* sul *mero consenso* dell'interessato, in ciò confortata dalla giurisprudenza CtEDU, sent. 2.9.2024, *Karsai*, e da U.K. S. Ct., sent. 25.6.2014, *Nicklinson*.

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

sulla maturazione della volontà del soggetto di congedarsi dalla vita stessa *manu aliena*.

Fermo, dunque, restando che non potrà essere di certo attribuito rilievo alla volontà eutanasica che provenga da soggetto *incapace di autodeterminarsi* per minore età, infermità di mente, deficit psichico[18], neppure pare possibile riconoscere alcun effetto a una volontà che risulti viziata da *interferenze particolarmente gravi* e *abusive*, quali sono l'errore, il raggiro, la violenza, la minaccia, la suggestione, l'inganno o l'istigazione.

Ma non basta. Segnala, infatti, la Corte[19] anche altre sono le "*interferenze*" potenzialmente atte incidere sulla autodeterminazione del soggetto, le quali debbono esser prevenute al fine di assicurare che la volontà di darsi la morte con l'ausilio altrui sia concretamente "*genuina*"[20].

Si tratta, in specifico, di tutte quelle forme di *pressione sociale indiretta* che colpiscono soprattutto (ma non solo) i soggetti più fragili e spesso "invisibili" quali i malati, gli anziani vulnerabili, gli individui che si trovano in condizione di isolamento sociale o di deprivazione economica.

Tali soggetti, infatti, anche in assenza di puntuali condotte abusive in loro danno commesse da terzi (istigazione al suicidio, esercizio di forme di violenza, minaccia, suggestione o raggiro, induzione in errore), ben potrebbero decidere di farsi prematuramente da parte – soprattutto ove l'ordinamento consentisse "a maglie larghe" il ricorso al suicidio assistito o all'eutanasia – solo in virtù del percepirsi di "peso" sulla famiglia o la società e nel vedersi abbandonati e soli, senza effettivo aiuto solidale.

È, dunque, compito costituzionalmente indefettibile della Repubblica – soprattutto ove il legislatore voglia ampliare gli spazi di autonomia del soggetto nel poter ottenere la morte agevolata da terzi – prevedere forme adeguate di sostegno sociale, assistenza sanitaria e sociosanitaria, e di supporto tecnologico e informatico affinché sia resa realmente "genuina" – e non di fatto distorta dalla solitudine, dall'abbandono, dall'assenza intermittente o permanente di supporto (anche nei confronti dei *caregiver*) – la libertà del soggetto di poter scegliere, in conformità alla propria più intima e personale visione dell'esistenza, se richiedere (o no) di essere aiutato a lasciare prematuramente l'esistenza[21].

Inoltre, sempre affinché il bene vita ottenga quel "minimo" di tutela costituzionalmente imposto e l'autodeterminazione risulti adeguatamente salvaguardata, il legislatore dovrà assicurare che la formazione della volontà eutanasica del soggetto sia "consapevole" e "ponderata"[22].

Sul punto, la Corte ha offerto all'attenzione del legislatore elementi costituzionalmente preziosi. Infatti, quale che sia l'ampiezza delle scelte di *fine-vita*, la Corte[23] ritiene sempre *necessario* un "accertamento medico accurato" dei requisiti previsti per poter accedere alla procedura di assistenza al suicidio, sia dal punto di vista della condizione sanitaria che della formazione della volontà e anche in relazione alla piena conoscenza (e all'effettiva messa a disposizione) delle alternative terapeutiche o palliative esperibili[24].

Non solo, quindi, qualunque legislazione dovrà prevedere e valorizzare l'opera informativa del personale sanitario, rispettandone l'autonomia e la responsabilità professionali, ma altresì *non* potrà fissare un percorso a tappe forzate[25] che impediscano al paziente di avere tempo sufficiente

[18] Quest'ultimo particolarmente delicato nei quadri neurologici di indebolimento delle facoltà cognitive.
[19] Corte cost., sent. n. 66/2025.
[20] Corte cost., sentt. nn. 135/2024. 66/2025, 204/2025, 152/2026.
[21] Corte cost., sent. n. 66/2025.
[22] Corte cost., sent. n. 50/2022.
[23] Corte cost., sent. n. 148/2026.
[24] Corte cost., sent. n. 204/2025.
[25] Corte cost., sent. n. 204/2025.

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

a formare, con piena cognizione di causa, la sua scelta.

Rientra, invece, appieno nel *margine di discrezionalità politico-legislativa* l'eventuale superamento del requisito – attualmente previsto – della dipendenza da presidio vitale e della sussistenza di una malattia irreversibile al fine di poter accedere alla procedura medicalizzata di assistenza al suicidio.

Si tratta, infatti, di condizioni che risultano "essenziali" solo nel quadro di una scelta, legislativa, di "*minima*" tutela dell'autodeterminazione individuale costituzionalmente inscalfibile[26].

Nel medesimo margine di apprezzamento legislativo rientra – è la Corte a sciogliere il dubbio[27] – la possibilità di affidare ad organismi diversi dagli attuali comitati etici territoriali, anche meglio calibrati dal punto di vista delle competenze di etica clinica, le funzioni consultive sulle richieste di aiuto medicalizzato al suicidio (o, in prospettiva, di eutanasia).

Pare, inoltre, di potersi affermare che rientra nel "perimetro", lungo il quale il Parlamento può muoversi in futuro, anche la scelta discrezionale di prevedere forme di assistenza alla morte, su richiesta, che implichino il *diretto* intervento del terzo (medico), nella inoculazione del farmaco letale, al posto della (attualmente esclusiva) auto-somministrazione da parte dell'interessato[28].

Per contro, è la Corte stessa che – ferme ovviamente restando le robuste garanzie a tutela della genuinità, consapevolezza e ponderatezza della scelta – ha dischiuso la porta anche all'adozione di forme di somministrazione *diretta* da parte di un terzo qualificato della sostanza letale su richiesta del paziente ritenendo che il perdurante divieto assoluto di omicidio del consenziente – entro il quale ricade l'eutanasia *de qua* – *non* sia, di per sé, a contenuto "*costituzionalmente vincolato*"[29].

Infine, sotto ulteriore e differente angolo prospettico, lo "spazio" di cui il legislatore nazionale godrebbe in materia del *fine-vita* risulta "perimetrato" non solo dai confini costituzionali inerenti ai "*minima*" di tutela del bene della vita e dell'autodeterminazione terapeutica ed esistenziale, ma altresì dalla concorrente competenza legislativa delle Regioni in relazione all'ambito della "tutela della salute" (art. 117, c. 2 Cost.) come la Corte stessa ha evidenziato[30].

È stata, infatti, proprio la Consulta a riconoscere che, in relazione alla procedura di assistenza medicale al suicidio sinora elaborata in via pretoria, alle Regioni spetta dettare norme a carattere organizzativo e procedurale per regolare, in modo uniforme sul proprio territorio, l'attività che le

[26] Dal momento che per la Corte l'individuazione di un'area di *costituzionalmente necessaria non punibilità* dell'assistenza materiale al suicidio *ex* art. 580 c.p., si fonda proprio sulla *irragionevolezza* di una disciplina legislativa che, da un lato, consentiva al paziente inguaribile e dipendente da presidi vitali di poter rifiutare tutte cure necessarie alla propria sopravvivenza avviandosi così (eventualmente con la somministrazione di sedazione palliativa profonda e continua) alla morte *naturale*, ma che, dall'altro lato, severamente puniva colui il quale avesse agevolato il raggiungimento della (inevitabile e a breve termine) morte mettendo a disposizione del paziente una sostanza letale: Corte cost., sent. n. 242/20219.

[27] Corte cost. 66/2025.

[28] Infatti, quando è stata sollecitata a vagliare la compatibilità dell'attuale previsione *ex* art. 579 c.p. con il quadro costituzionale di "minima" tutela del bene della vita e del diritto all'autodeterminazione, la Corte si è espressa nel senso della *inammissibilità* della q.l.c. per infondatezza *solo sulla base del fatto* che il giudice remittente *non* aveva adeguatamente provato la insussistenza, in concreto, di idonei dispositivi che consentissero l'auto-somministrazione del farmaco venefico da parte del richiedente il suicidio medicalmente assistito: Corte cost., sent. 132/2025.

[29] Corte cost., sent. n. 50/2022.

[30] Corte cost., sentt. nn. 204/2025, 148/2026.

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

aziende sanitarie sono tenute a prestare a favore del richiedente l'accesso al suicidio medicalmente assistito.

Non solo quindi, la normativa di dettaglio regionale, lungi dal rappresentare una censurabile supplenza in un campo che il Parlamento nazionale dovrebbe integralmente presidiare (e che al momento ha invece lasciato sguarnito), costituisce piuttosto l'esercizio di una potestà costituzionalmente riconosciuta, ma qualunque sia la futura disciplina *nazionale* in materia di suicidio medicalmente assistito (o, in ipotesi, di eutanasia), pare assai arduo *escludere* che le Regioni possano essere private di un ruolo normativo.

Sarà, infatti, sempre necessario l'accertamento medico-legale delle condizioni di accesso alle procedure di somministrazione della sostanza letale in base ai criteri che il legislatore nazionale vorrà fissare. Un accertamento, questo, che rientra nell'alveo regionale giusta la previsione dell'art. 14, c. 3, lett. *p)* l. n. 833/1978.

Così come alle strutture del servizio sanitario pubblico, a garanzia costituzionalmente dovuta[31] della "salute" del soggetto anche nell'estremo atto di auto-sopprimersi – affinché ciò avvenga in modo dignitoso e senza sofferenze o inutili lesioni e traumi – spetterà la preparazione del farmaco e la predisposizione degli eventuali, necessari, dispositivi (o, qualora la legge nazionale pervenga a più ampie forme di eutanasia, la somministrazione diretta della sostanza letale).

[31] Corte cost., sent. n. 132/2025.

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