



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE

L'attuale disciplina normativa sul fine vita tra legislatori, Corte costituzionale e giudici comuni

Prof. Nicola Recchia

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna
Bologna – 13 dicembre 2025

Suicidio medicalmente assistito



La giurisprudenza della Corte costituzionale italiana

Corte
costituzionale,
ord. 207,
16.11.2018

Corte
costituzionale,
sent. 242,
25.9.2019

Corte
costituzionale,
sent. 135,
18.7.2024

Corte
costituzionale,
sent. 66,
20.5.2025

Corte
costituzionale,
sent. 132,
25.7.2025

La disciplina normativa

Art. 579 c.p. – Omicidio del consenziente

Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni.

Non si applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61.

Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso:

- 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.

La disciplina normativa

Art. 580 c.p. – Istigazione o aiuto al suicidio

Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima.

Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio.

Corte costituzionale, ord. 207/2018

1.– [...]

Secondo quanto riferito dal giudice *a quo*, le questioni traggono origine dalla vicenda di F. A., il quale, a seguito di un grave incidente stradale avvenuto il 13 giugno 2014, era rimasto tetraplegico e affetto da cecità bilaterale corticale (dunque, permanente). Non era autonomo nella respirazione (necessitando dell'ausilio, pur non continuativo, di un respiratore e di periodiche asportazioni di muco), nell'alimentazione (venendo nutrito in via intraparietale) e nell'evacuazione. Era percorso, altresì, da ricorrenti spasmi e contrazioni, produttivi di acute sofferenze, che non potevano essere completamente lenite farmacologicamente, se non mediante sedazione profonda. Conservava, però, intatte le facoltà intellettive.

All'esito di lunghi e ripetuti ricoveri ospedalieri e di vari tentativi di riabilitazione e di cura (comprensivi anche di un trapianto di cellule staminali effettuato in India nel dicembre 2015), la sua condizione era risultata irreversibile. Aveva perciò maturato, a poco meno di due anni di distanza dall'incidente, la volontà di porre fine alla sua esistenza, comunicandola ai propri cari.

Corte costituzionale, ord. 207/2018

Occorre, tuttavia, considerare specificamente **situazioni come quella oggetto del giudizio a quo**: situazioni inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli sviluppi della scienza medica e della tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali.

Il riferimento è, più in particolare, alle ipotesi in cui il soggetto agevolato si identifichi in una persona (a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

Corte costituzionale, ord. 207/2018

Paradigmatica, al riguardo, **la vicenda oggetto del giudizio principale**, relativa a persona che, a seguito di grave incidente stradale, era rimasta priva della vista e tetraplegica, non più autonoma nella respirazione (necessitando dell'ausilio, pur periodico, di un respiratore inserito in un foro della trachea), nell'alimentazione (essendo nutrita in via intraparietale) e nell'evacuazione: conservando, però, intatte le capacità intellettive e la sensibilità al dolore. Alle sofferenze psicologiche indotte dalla drammatica condizione di cecità e di totale immobilità si accompagnavano così quelle fisiche, particolarmente acute, prodotte dagli spasmi e dalle contrazioni da cui il soggetto era quotidianamente percorso. Condizione, questa, risultata refrattaria a ogni tentativo di cura, anche sperimentale ed effettuata persino fuori dai confini nazionali.

In simili casi, **la decisione di lasciarsi morire potrebbe essere già presa dal malato, sulla base della legislazione vigente, con effetti vincolanti nei confronti dei terzi, a mezzo della richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto e di contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua**. Ciò, segnatamente in forza della recente **legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento)**: legge che si autodichiara finalizzata alla tutela del diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona, nel rispetto dei principi di cui agli artt. 2, 13 e 32 Cost. e degli artt. 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (art. 1, comma 1).

Corte costituzionale, ord. 207/2018

9.– La legislazione oggi in vigore non consente, invece, al medico che ne sia richiesto di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti, non già ad eliminare le sue sofferenze, ma a determinarne la morte.

In tal modo, si costringe il paziente a subire un processo più lento, in ipotesi meno corrispondente alla propria visione della dignità nel morire e più carico di sofferenze per le persone che gli sono care.

[...]

Nelle ipotesi in esame vengono messe in discussione, d'altronde, le esigenze di tutela che negli altri casi giustificano la repressione penale dell'aiuto al suicidio.

Entro lo specifico ambito considerato, il **divieto assoluto di aiuto al suicidio** finisce, quindi, per **limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie**, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita, **senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile**, con conseguente lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive (art. 3 Cost.: parametro, quest'ultimo, peraltro non evocato dal giudice *a quo* in rapporto alla questione principale, ma comunque sia rilevante quale fondamento della tutela della dignità umana).

Corte costituzionale, ord. 207/2018

I 4 requisiti per la legittimità del suicidio assistito
(«una circoscritta area di non conformità costituzionale della fattispecie criminosa»)

- 1) patologia **irreversibile**
- 2) patologia onte di **sofferenze fisiche o psicologiche**, che la persona trova assolutamente intollerabili
- 3) persona tenuta in vita a mezzo di **trattamenti di sostegno vitale**
- 4) persona capace di prendere **decisioni libere e consapevoli**

Corte costituzionale, sent. 242/2019

3.– Deve però ora prendersi atto di come nessuna normativa in materia sia sopravvenuta nelle more della nuova udienza. Né, d'altra parte, l'intervento del legislatore risulta imminente.

I plurimi progetti di legge pure presentati in materia, di vario taglio, sono rimasti, infatti, tutti senza seguito.

[...]

4.– In assenza di ogni determinazione da parte del Parlamento, questa Corte non può ulteriormente esimersi dal pronunciare sul merito delle questioni, in guisa da rimuovere il vulnus costituzionale già riscontrato con l'ordinanza n. 207 del 2018.

[...]

Il rinvio disposto all'esito della precedente udienza risponde, infatti, con diversa tecnica, alla stessa logica che ispira, nella giurisprudenza di questa Corte, il collaudato meccanismo della "doppia pronuncia" (sentenza di inammissibilità "con monito" seguita, in caso di mancato recepimento di quest'ultimo, da declaratoria di incostituzionalità). Decorso un congruo periodo di tempo, l'esigenza di garantire la legalità costituzionale deve, comunque sia, prevalere su quella di lasciare spazio alla discrezionalità del legislatore per la compiuta regolazione della materia, alla quale spetta la priorità.

Corte costituzionale, sent. 242/2019

Nell'odierno frangente, peraltro, un preciso «**punto di riferimento**» (sentenza n. 236 del 2016) già presente nel sistema – utilizzabile ai fini considerati, nelle more dell'intervento del Parlamento – è costituito dalla **disciplina racchiusa negli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017**: disciplina più volte richiamata, del resto, nella stessa ordinanza n. 207 del 2018.

La declaratoria di incostituzionalità attiene, infatti, in modo specifico ed esclusivo all'aiuto al suicidio prestato a favore di soggetti che già potrebbero alternativamente lasciarsi morire mediante la rinuncia a trattamenti sanitari necessari alla loro sopravvivenza, ai sensi dell'art. 1, comma 5, della legge ora citata: disposizione che, inserendosi nel più ampio tessuto delle previsioni del medesimo articolo, prefigura una **“procedura medicalizzata” estensibile alle situazioni che qui vengono in rilievo**.

Il riferimento a tale procedura – **con le integrazioni** di cui si dirà in seguito – si presta a dare risposta a buona parte delle esigenze di disciplina poste in evidenza nell'ordinanza n. 207 del 2018.

Corte costituzionale, sent. 242/2019

Ciò vale, anzitutto, con riguardo alle «modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto». Mediante la procedura in questione è, infatti, già possibile accertare la capacità di autodeterminazione del paziente e il carattere libero e informato della scelta espressa. L'art. 1, comma 5, della legge n. 219 del 2017 riconosce, infatti, il diritto all'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in corso alla **persona «capace di agire»** e stabilisce che la relativa richiesta debba essere espressa nelle **forme previste dal precedente comma 4 per il consenso informato**. La manifestazione di volontà deve essere, dunque, acquisita «nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente» e documentata «in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare», per poi essere inserita nella cartella clinica. Ciò, «[f]erma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà»: il che, peraltro, nel caso dell'aiuto al suicidio, è insito nel fatto stesso che l'interessato conserva, per definizione, il dominio sull'atto finale che innesca il processo letale.

Corte costituzionale, sent. 242/2019

Lo stesso art. 1, comma 5, prevede, altresì, che il medico debba prospettare al paziente «le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative», promovendo «ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica». In questo contesto, deve evidentemente darsi conto anche del **carattere irreversibile della patologia**: elemento **indicato nella cartella clinica** e comunicato dal medico quando avvisa il paziente circa le conseguenze legate all'interruzione del trattamento vitale e sulle «possibili alternative». Lo stesso deve dirsi per le **sofferenze fisiche o psicologiche**: il promovimento delle azioni di sostegno al paziente, comprensive soprattutto delle terapie del dolore, presuppone una **conoscenza accurata delle condizioni di sofferenza**.

Corte costituzionale, sent. 242/2019

Il riferimento a tale disciplina implica, d'altro canto, l'inerenza anche della materia considerata alla relazione tra medico e paziente.

Quanto all'esigenza di coinvolgimento dell'interessato in un percorso di cure palliative, l'art. 2 della legge n. 219 del 2017 prevede che debba essere **sempre garantita al paziente un'appropriate terapia del dolore e l'erogazione delle cure palliative** previste dalla legge n. 38 del 2010 (e da questa incluse, come già ricordato, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza). Tale disposizione risulta estensibile anch'essa all'ipotesi che qui interessa: l'accesso alle cure palliative, ove idonee a eliminare la sofferenza, spesso si presta, infatti, a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita.

Corte costituzionale, sent. 242/2019

Similmente a quanto già stabilito da questa Corte con le citate sentenze n. 229 e n. 96 del 2015, la **verifica delle condizioni** che rendono legittimo l'aiuto al suicidio deve restare peraltro affidata – in attesa della declinazione che potrà darne il legislatore – a **strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale**. A queste ultime spetterà altresì **verificare le relative modalità di esecuzione**, le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze.

Corte costituzionale, sent. 242/2019

La delicatezza del valore in gioco richiede, inoltre, l'**intervento di un organo collegiale terzo**, munito delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità. Nelle more dell'intervento del legislatore, tale compito è affidato ai **comitati etici territorialmente competenti**. Tali comitati – quali organismi di consultazione e di riferimento per i problemi di natura etica che possano presentarsi nella pratica sanitaria – sono, infatti, investiti di funzioni consultive intese a garantire la tutela dei diritti e dei valori della persona in confronto alle sperimentazioni cliniche di medicinali o, *amplius*, all'uso di questi ultimi e dei dispositivi medici (art. 12, comma 10, lettera c, del d.l. n. 158 del 2012; art. 1 del decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013, recante «Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici»): funzioni che involgono specificamente la salvaguardia di soggetti vulnerabili e che si estendono anche al cosiddetto uso compassionevole di medicinali nei confronti di pazienti affetti da patologie per le quali non siano disponibili valide alternative terapeutiche (artt. 1 e 4 del decreto del Ministro della salute 7 settembre 2017, recante «Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica»).

Corte costituzionale, sent. 242/2019

6.– Quanto, infine, al tema dell'**obiezione di coscienza** del personale sanitario, vale osservare che la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare **alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici**. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato.

Il post caso DjFabo-Cappato

- Il legislatore statale
- Gli interventi regionali
- L'iniziativa referendaria
- Il codice di deontologia medica
- I casi nella prassi
- Le risposte della giurisprudenza

La perdurante inerzia del legislatore statale

Progetto di legge pendente in Senato.

Testo unificato votato nelle Commissioni il 2 luglio 2025.

Già presentati emendamenti dai relatori al testo unificato.

Ultima trattazione in commissione il 23 ottobre 2025.

I diversi approcci a livello regionale

✓ L'intervento con legge regionale

- ❖ Toscana: L.R. 16 del 2025 (impugnata dal Governo e discussione già avvenuta dinanzi alla Corte cost.)
- ❖ Sardegna: L.R. 26 del 2025 (impugnata dal Governo)

✓ L'intervento con provvedimenti amministrativi

- ❖ Emilia-Romagna (tutti impugnati dinanzi al Tribunale amministrativo regionale)
 - Determinazione dirigenziale 9 febbraio 2024, n. 2596 «Istruzioni tecnico-operative per la verifica dei requisiti previsti dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 e delle modalità per la sua applicazione»
 - Deliberazione della Giunta regionale 5 febbraio 2024, n. 194 – integrata dalla deliberazione della Giunta regionale 26 febbraio 2024, n. 333, di costituzione del Comitato regionale per l'etica nella clinica

La fallita iniziativa referendaria

- ❖ Iniziativa referendaria per l'abrogazione parziale dell'art. 579 c.p. sull'omicidio del consenziente (raccolte 800 mila firme cartacee e 400 mila firme online)
- ❖ Quesito referendario dichiarato inammissibile con sentenza del 2 marzo 2022, n. 50 della Corte costituzionale

La modifica del Codice di deontologia medica

Inserimento in data 6 febbraio 2020 di indirizzi applicativi rispetto all'art. 17 del Codice della Federazione nazionale degli ordini dei medici e chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO)

«La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare».

I casi nella prassi

Casi trattati in sede civile nei quali si è giunti a riconoscere il diritto all'assistenza medica

- Federico Carboni, detto «Mario», utilizzazione di un *pacemaker* e necessità di manovre manuali per l'evacuazione; deceduto il 16 giugno 2022 per autosomministrazione
- «Antonio», utilizzazione di un catetere vescicale e necessità di manovre manuali per l'evacuazione; ha poi deciso di non ricorrere al suicidio medicalmente assistito
- «Gloria», farmaci antitumorali; deceduta il 23 luglio 2023 per autosomministrazione
- «Anna», affetta da sclerosi multipla; deceduta il 28 novembre 2023 per autosomministrazione
- Stefano Gheller, affetto da distrofia muscolare dipendente da un respiratore; poi morto per cause naturali
- «Serena», affetta da sclerosi multipla progressiva; deceduta nel marzo 2025 per autosomministrazione
- Laura Santi, affetta da sclerosi multipla; deceduta il 21 luglio 2025 per autosomministrazione
- Daniele Pieroni, affetto da morbo di Parkinson; deceduto il 17 maggio 2025 per autosomministrazione

I casi nella prassi

Casi trattati in sede civile nei quali si è giunti a non riconoscere il diritto all'assistenza medica

- Sibilla Barbieri, paziente oncologica dipendente da ossigenoterapia e con rilevante cura antidolorifica;
- Martina Oppelli, affetta da sclerosi multipla e sottoposta a terapia farmacologica; ha poi fatto ricorso al suicidio medicalmente assistito in Svizzera dove è deceduta il 31 luglio 2025

Casi trattati in sede penale

- Davide Trentini, persona affetta da sclerosi multipla; assoluzione definitiva di tre imputati da parte della Corte d'assise di appello di Genova

La risposta della giurisprudenza

- L'assalto al requisito del trattamento di sostegno vitale
 - ❑ La sent. 135/2024 della Corte costituzionale
 - ❑ La sent. 66/2025 della Corte costituzionale
 - ❑ Ordinanza del Tribunale di Bologna, Sezione G.I.P. del 29 settembre 2025 (G.U. 19 novembre 2025)

- Dall'aiuto medico al suicidio all'eutanasia attiva?
 - ❑ La sent. 132/205 della Corte costituzionale e il suo seguito

Corte costituzionale, sent. 135/2024

Caso di Massimiliano Scalas, affetto da sclerosi multipla, pressoché totale immobilizzazione salva una residua capacità di utilizzazione del braccio destro.

Corte costituzionale, sent. 135/2024

6.– La disposizione in questa sede censurata, l'art. 580 cod. pen., è stata già scrutinata da questa Corte con l'ordinanza n. 207 del 2018 e con la sentenza n. 242 del 2019.

In via ancora preliminare rispetto alla valutazione del merito delle odierne questioni, conviene qui sintetizzare le principali conclusioni ivi raggiunte, che questa Corte intende qui integralmente confermare. [...]

7.– **L'odierna ordinanza di remissione sollecita, ora, questa Corte a estendere ulteriormente l'area della liceità delle condotte di aiuto al suicidio** incriminate in via generale dall'art. 580 cod. pen., con riferimento ai pazienti rispetto ai quali sussistano i requisiti poc'anzi indicati *sub* (a) (patologia irreversibile), (b) (sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili) e (d) (capacità di prendere decisioni libere e consapevoli), ma rispetto ai quali difetti, invece, **il requisito *sub* (c)**, e cioè l'essere mantenuto in vita da **trattamenti di sostegno vitale**.

Secondo il rimettente, la persistente operatività del divieto penalmente sanzionato in queste ipotesi determinerebbe la violazione: dell'art. 3 Cost., sotto il profilo dell'irragionevole disparità di trattamento fra situazioni sostanzialmente identiche (*infra*, punto 7.1.); degli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., sotto il profilo della eccessiva compressione della libertà di autodeterminazione del paziente (*infra*, punto 7.2.); del principio della dignità umana (*infra*, punto 7.3.); dell'art. 117, primo comma, Cost., in relazione al diritto alla vita privata di cui all'art. 8 CEDU, nonché al divieto di discriminazione, di cui all'art. 14 CEDU, nel godimento del medesimo diritto alla vita privata (*infra*, punto 7.4.).

Nessuna di tali questioni è, a giudizio di questa Corte, fondata.

Corte costituzionale, sent. 135/2024

Nondimeno, **il requisito della dipendenza del paziente da trattamenti di sostegno vitale** – che pure rappresenta **un *unicum* nell'orizzonte comparato**, come esattamente sottolineato da taluni *amici curiae* – svolge, in assenza di un intervento legislativo, **un ruolo cardine nella logica della soluzione adottata con l'ordinanza n. 207 del 2018, poi ripresa nella sentenza n. 242 del 2019.**

Come poc'anzi rammentato (*supra* , punto 6.2.), infatti, questa Corte non ha riconosciuto un generale diritto di terminare la propria vita in ogni situazione di sofferenza intollerabile, fisica o psicologica, 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.

Una simile *ratio*, all'evidenza, non si estende a pazienti che non dipendano da trattamenti di sostegno vitale, i quali non hanno (o non hanno ancora) la possibilità di lasciarsi morire semplicemente rifiutando le cure. Le due situazioni sono, dunque, differenti dal punto di vista della *ratio* adottata nelle due decisioni menzionate; sicché viene meno il presupposto stesso della censura di irragionevole disparità di trattamento di situazioni analoghe, formulata con riferimento all'art. 3 Cost.

Corte costituzionale, sent. 135/2024

Al riguardo, occorre qui sottolineare come compito di questa Corte non sia quello di sostituirsi al legislatore nella individuazione del punto di equilibrio in astratto più appropriato tra il diritto all'autodeterminazione di ciascun individuo sulla propria esistenza e le contrapposte istanze di tutela della vita umana, sua e dei terzi; bensì, soltanto, quello di fissare il limite minimo, costituzionalmente imposto alla luce del quadro legislativo oggetto di scrutinio, della tutela di ciascuno di questi principi, restando poi ferma la possibilità per il legislatore di individuare soluzioni che assicurino all'uno o all'altro una tutela più intensa.

[...]

Nell'ambito della cornice fissata dalle pronunce menzionate, dovrà riconoscersi un significativo spazio alla discrezionalità del legislatore, al quale spetta primariamente il compito di offrire una tutela equilibrata a tutti i diritti di pazienti che versino in situazioni di intensa sofferenza. Il che esclude possa ravvisarsi, nella situazione normativa attuale, una violazione del loro diritto all'autodeterminazione.

[...]

Rispetto a tale nozione, non possono non valere le considerazioni già svolte, circa la sua necessaria sottoposizione a un bilanciamento a fronte del contrapposto dovere di tutela della vita umana; bilanciamento nell'operare il quale il legislatore deve poter disporre, ad avviso di questa Corte, di un significativo margine di apprezzamento.

Corte costituzionale, sent. 135/2024

Non coglie, per altro verso, nel segno l'assunto del giudice *a quo* – questo sì pertinente alla libertà di autodeterminazione nella scelta delle terapie – stando al quale il requisito oggetto di censura condizionerebbe l'esercizio di tale libertà «in modo perverso», inducendo il malato ad accettare di sottoporsi a trattamenti di sostegno vitale, magari anche fortemente invasivi, che altrimenti avrebbe rifiutato, al solo fine di creare le condizioni per l'accesso al suicidio assistito (il che – secondo le parti costituite – finirebbe per trasformare il presidio a sostegno delle funzioni vitali in una sorta di trattamento sanitario obbligatorio).

In senso contrario, va rilevato che, per quanto osservato in precedenza (*supra*, punto 5.2.), **il diritto fondamentale scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost.**, di fronte al quale questa Corte ha ritenuto non giustificabile sul piano costituzionale un divieto assoluto di aiuto al suicidio, **comprende anche** – prima ancora del diritto a interrompere i trattamenti sanitari in corso, benché necessari alla sopravvivenza – **quello di rifiutare *ab origine* l'attivazione dei trattamenti stessi.**

Corte costituzionale, sent. 135/2024

8.– Tutto ciò posto, va precisato – a fronte della varietà delle interpretazioni offerte nella prassi, sulla quale hanno insistito i difensori delle parti e degli intervenienti, nonché vari *amici curiae* – che la **nozione di «trattamenti di sostegno vitale»** utilizzata da questa Corte nell'ordinanza n. 207 del 2018 e nella sentenza n. 242 del 2019 deve essere interpretata, dal Servizio sanitario nazionale e dai giudici comuni, in conformità *ratio* alla di quelle decisioni.

Come si è più volte rammentato (*supra*, punti 6.2. e 7.1.), il paziente ha il diritto fondamentale di rifiutare ogni trattamento sanitario praticato sul proprio corpo, indipendentemente dal suo grado di complessità tecnica e di invasività. Incluse, dunque, quelle **procedure** che sono normalmente compiute da personale sanitario, e la cui esecuzione richiede certo particolari competenze oggetto di specifica formazione professionale, ma **che potrebbero apprese da familiari o "caregivers" che si facciano carico dell'assistenza del paziente.**

Corte costituzionale, sent. 135/2024

Nella misura in cui tali **procedure** – quali, per riprendere alcuni degli esempi di cui si è discusso durante l'udienza pubblica, **l'evacuazione manuale dell'intestino del paziente, l'inserimento di cateteri urinari o l'aspirazione del muco dalle vie bronchiali** – si rivelino **in concreto necessarie ad assicurare l'espletamento di funzioni vitali del paziente, al punto che la loro omissione o interruzione determinerebbe prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo**, esse dovranno certamente essere considerate quali trattamenti di sostegno vitale, ai fini dell'applicazione dei principi statuiti dalla sentenza n. 242 del 2019.

Tutte queste procedure – proprio come l'idratazione, l'alimentazione o la ventilazione artificiali, nelle loro varie modalità di esecuzione – possono essere legittimamente rifiutate dal paziente, il quale ha già, per tal via, il diritto di esporsi a un rischio prossimo di morte, in conseguenza di questo rifiuto. In tal caso, il paziente si trova nella situazione contemplata dalla sentenza n. 242 del 2019, risultando pertanto irragionevole che il divieto penalmente sanzionato di assistenza al suicidio nei suoi confronti possa continuare ad operare.

Corte costituzionale, sent. 66/2025

Casi di Elena A. e di Romano N.

Elena A. affetta da «microcitoma polmonare, inizialmente trattato con chemioterapia; dopo pochi mesi si presentarono, però, anche carcinomi all'encefalo, ai reni, nonché al cuoio capelluto, costringendo l'interessata a un innesto cutaneo che non attecchiva, lasciando un'ampia esposizione ossea sul cranio. La malattia, nonostante l'assunzione di farmaci immunoterapici, progrediva con nuove formazioni in area addominale e la estensione di quelle precedenti a carico del polmone, provocando alla donna gravi problemi sia respiratori, soprattutto notturni, sia alla funzione renale, per i quali i sanitari le avevano prospettato l'introduzione di specifici supporti vitali.

In questa situazione, il 1° giugno 2022 E. A. aveva rifiutato un ulteriore ciclo chemioterapico, ravvisatane l'inutilità terapeutica, e il 13 luglio 2022 aveva presentato disposizioni anticipate di trattamento con espresso rifiuto di terapie salvavita, mentre già nel mese di febbraio dello stesso anno aveva iniziato su internet la ricerca di strutture che offrissero un accompagnamento al fine vita volontario, giungendo a individuare la svizzera «Pegasos», con la quale prendeva accordi e alla quale corrispondeva la somma di 10.000,00 euro. Contattava quindi M. C., che, offertale la sua disponibilità, l'accompagnava in auto presso tale struttura, dove il decesso avveniva a seguito di autosomministrazione di un farmaco letale».

Corte costituzionale, sent. 66/2025

Casi di Elena A. e di Romano N.

Romano N. «dai primi mesi del 2020 egli iniziava a soffrire della malattia identificata in un «Parkinson Atipico», che determinava la veloce e progressiva perdita dell'autonomia in tutte le attività quotidiane, senza peraltro incidere sulla capacità cognitiva.

Dal mese di aprile del 2021, dopo la frattura del femore destro a seguito di una caduta accidentale, R. N. non camminava più e, nello stesso periodo, la gravità della disfagia gli impediva ormai di assumere liquidi, tanto che il medico neurologo indicava la necessità di nutrizione enterale mediante gastrostomia percutanea endoscopica (PEG). Questo trattamento era stato rifiutato da R. N. e, di fatto, rinviato grazie alla sostituzione dei liquidi con l'acquagel e alla dedizione della moglie, che gli somministrava alimenti resi omogenizzati. La sua condizione era caratterizzata inoltre da aprassia, disartria, apatia, deficit della postura, deficit dell'equilibrio, del linguaggio, della memoria e degli orientamenti, nonché da movimenti involontari. Da ultimo, nel febbraio del 2022 R. N. contraeva il virus COVID-19, subendo un ulteriore aggravamento che lo costringeva all'immobilità e all'allettamento, pur con un quadro cognitivo globalmente conservato. Dalla documentazione clinica relativa al periodo ottobre-novembre 2022 risultavano altresì disfagia, incontinenza urinaria e fecale, totale dipendenza nelle cosiddette *activities of day living*, dolori diffusi da allettamento, ulcere cutanee, necessità frequente di trattazione di secrezioni bronchiali.

Corte costituzionale, sent. 66/2025

5.2.– Queste affermazioni meritano, oggi, integrale conferma. Conseguentemente, **nella misura in cui sussista una indicazione medica di necessità dell'attivazione di un trattamento di sostegno vitale** – nel senso precisato dalla sentenza n. 135 del 2024, al punto 8 del *Considerato in diritto* –, **il paziente può rifiutarlo e accedere al suicidio assistito, ovviamente laddove sussistano tutti gli altri requisiti sostanziali e procedurali indicati dalla sentenza n. 242 del 2019.**

Spetterà dunque al giudice *a quo* cui suicidio sarebbe stato agevolato dall'indagato valutare se la situazione descritta sussistesse rispetto ai due pazienti il cui suicidio sarebbe stato agevolato dall'indagato.

6.– Ciò precisato, le censure del rimettente debbono essere ritenute infondate, sostanzialmente per le medesime ragioni poste a base della sentenza n. 135 del 2024, che questa Corte ritiene di dovere qui integralmente confermare.

Ordinanza del G.I.P. di Bologna del 29 settembre 2025

Caso di Paola R., signora anziana affetta da anni da una forma avanzata di parkinsonismo da paralisi sopranucleare progressiva (appartenente al gruppo delle taupatie)

Richiesta di archiviazione del 13 febbraio 2023; camera di consiglio del 29 marzo 2023

Corte costituzionale, sent. 132/2025

M. S., persona affetta da sclerosi multipla a decorso progressivo primario [...]

Il Tribunale di Firenze premette che la commissione medica multidisciplinare ha acclarato la **sussistenza di tutte le condizioni rilevanti in base alla citata sentenza** – patologia irreversibile, sofferenze intollerabili, trattamenti di sostegno vitale, consenso libero e consapevole –, sicché è tutelato il diritto di autodeterminazione della persona nel ricorso al suicidio medicalmente assistito.

Tuttavia, la paziente versa nell'**impossibilità concreta di procedere in altro modo che tramite introduzione endovena del farmaco da parte di terzi**; infatti, pur teoricamente possibile, la somministrazione orale, per ingestione di soluzione farmacologica, non sarebbe immune da complicazioni in paziente disfagico.

Ad avviso del rimettente, la scelta della persona di accedere alla morte medicalmente assistita solo per infusione endovenosa, modalità peraltro approvata dalla commissione medica insieme alla procedura orale, sarebbe insindacabile, giacché motivata dall'interessata e da lei concordata con il medico di fiducia, sulla base dei rischi della somministrazione per ingestione, alla luce delle attuali condizioni cliniche.

D'altro canto, essendo paralizzata dal collo in giù, M. S. potrebbe autosomministrarsi il farmaco endovena solo con l'utilizzo di uno **strumento meccanico azionato dal movimento dei muscoli della bocca o dei bulbi oculari, o da un comando vocale, dispositivo** che, per quanto riferisce la stessa Azienda sanitaria competente, **non è attualmente presente sul mercato**, e che, quand'anche venisse nel frattempo prodotto o adattato, dovrebbe soggiacere ai tempi delle necessarie valutazioni di conformità.

Corte costituzionale, sent. 132/2025

Tale **esposizione appare carente e inadeguata**, proprio su un aspetto che lo stesso rimettente presenta come essenziale alla definizione della fattispecie, ovvero – così nella formulazione del petitum – «l'assenza di strumentazione idonea».

In particolare, per quanto riferisce nell'ordinanza di rimessione, il Tribunale di Firenze sembra essersi arrestato al piano dell'azione di un ente locale di committenza, non andando oltre la presa d'atto delle semplici ricerche di mercato di una struttura operativa del Servizio sanitario regionale.

Le verifiche concernenti l'esistenza della strumentazione idonea e, in caso affermativo, la concreta disponibilità della stessa avrebbero richiesto il **coinvolgimento di organismi specializzati operanti, col necessario grado di autorevolezza, a livello centrale, come, quanto meno, l'Istituto superiore di sanità**, organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale, al quale sono assegnate specifiche funzioni istituzionali di natura consultiva, anche per le aziende sanitarie locali (art. 9 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante «Istituzione del servizio sanitario nazionale»).

Corte costituzionale, sent. 132/2025

Deve infatti affermarsi che **la persona** rispetto alla quale sia stata positivamente verificata, nelle dovute forme procedurali, la sussistenza di tutte le condizioni da questa Corte indicate nella sentenza n. 242 del 2019 e precisate nella sentenza n. 135 del 2024 – ovvero, l'esistenza di una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, avvertite come assolutamente intollerabili da una persona tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, o per la quale simili trattamenti sono stati comunque indicati, anche se rifiutati, e tuttavia capace di prendere decisioni libere e consapevoli – ha una situazione soggettiva tutelata, quale consequenziale proiezione della sua libertà di autodeterminazione, e segnatamente **ha diritto di essere accompagnata dal Servizio sanitario nazionale nella procedura di suicidio medicalmente assistito, diritto** che, secondo i principi che regolano il servizio, **include il reperimento dei dispositivi idonei**, laddove esistenti, **e l'ausilio nel relativo impiego**.

Corte costituzionale, sent. 132/2025

Alla luce delle menzionate sentenze, è infatti la **struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale**, affiancata dal comitato etico territorialmente competente, a **verificare**, insieme alle condizioni legittimanti, anche **le modalità di esecuzione del suicidio medicalmente assistito**, nell'esplicazione di un **doveroso ruolo di garanzia** che è, innanzitutto, presidio delle persone più fragili.

Giova in proposito ricordare che, nella citata sentenza n. 242 del 2019 (Considerato in diritto, punto 5), questa Corte ha già avuto modo di affermare che alle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale «spetterà altresì verificare le relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze».

Ordinanza Trib. Civile di Firenze del 20 novembre 2025

Il presente procedimento è stato attivato dall'Azienda Sanitaria per l'impossibilità di reperire, in tempi brevi, nel settore privato una soluzione tecnologica compatibile con le esigenze della ricorrente nonostante, dal punto di vista strettamente tecnico, la stessa risulti realizzabile. Infatti, le imprese interpellate, nonostante avessero inizialmente espresso un parere positivo alla competente ASL, si sarebbero poi dichiarate non disponibili allo sviluppo, senza che l'Amministrazione disponga di strumenti coercitivi nei confronti di soggetti privati. Né la stessa potrebbe procedere in proprio all'assemblaggio dei dispositivi.

Si tratterebbe infatti di creare un sistema che faccia interfacciare una pompa infusoriale con un software di controllo basato su tecniche di riconoscimento delle immagini o della voce ed in grado di utilizzare dati biometrici.

È pacifico che si tratti in entrambi i casi di due dispositivi esistenti e già utilizzati in vari ambiti ma che non risulterebbero disponibili sul mercato in una forma già assemblata e consegnata per le necessità del paziente.

[...]

Il CNR, al quale sono state richieste informazioni urgenti ex art. 213 c.p.c., ha riferito quanto segue:

«Quanto alla possibilità di predisporre un dispositivo che consenta l'autosomministrazione nelle condizioni descritte, la risposta è positiva [...].»

Ordinanza Trib. Civile di Firenze del 20 novembre 2025

ordina alla Azienda USL Toscana Nord Ovest di avviare immediatamente la procedura presso il CNR, **sostenendo il relativo onere finanziario** e fornendo tutte le necessarie informazioni, per la **realizzazione e acquisizione di un dispositivo che consenta l'autosomministrazione per via endovenosa del farmaco necessario alla procedura di suicidio medicalmente assistito**; dispositivo da attivarsi mediante comando vocale, tracciamento oculare o altre modalità tecnicamente compatibili con le condizioni della ricorrente, affetta da SLA e paralizzata dal collo e in giù; tale dispositivo dovrà essere realizzato mediante adattamento e/o integrazione di pompe infusionali con strumenti comunicativi che ricevano il segnale del paziente traducendolo in un impulso di avvio, purché sia garantita l'attivazione diretta da parte del paziente senza l'ausilio di terzi, il sistema risulti garantire alla persona tetraplegica di esprimere la sua volontà in modo inequivocabile, sia calibrabile e configurabile sul singolo paziente;

Ordinanza Trib. Civile di Firenze del 20 novembre 2025

conferisce mandato al **CNR** (Dipartimento Ingegneria, ICT e Tecnologie per l'Energia e i Trasporti), che viene **nominato ausiliario** ex art. 68 c.p.c., di **predisporre tale dispositivo** così come indicato nella nota del 18 novembre 2025 e di **fornirlo alla predetta Azienda Sanitaria entro il termine di 90 giorni** dalla comunicazione della presente ordinanza, assicurandone la sicurezza funzionale e la capacità di tradurre la volontà individuale in un atto libero, consapevole e inequivocabile;

ordina conseguentemente all'Azienda USL Toscana Nord Ovest di concludere all'esito la fase esecutiva della procedura di suicidio medicalmente assistito in conformità alle sentenze della Corte Costituzionale n. 222/2019 e 132/2025 e quindi di **mettere a disposizione il farmaco e la strumentazione così individuata al medico di fiducia individuato dalla ricorrente** che presterà la propria assistenza durante la fase di sua autosomministrazione, se e quando la ricorrente deciderà di procedere in tal senso.



NOW I WILL TAKE
YOUR QUESTIONS.





**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE**

Prof. Nicola Recchia

Professore associato di Diritto penale

Dipartimento di Scienze Giuridiche, del Linguaggio, dell'Interpretazione e della Traduzione

nicola.recchia@units.it

<https://iuslit.units.it/it/dipartimento/persone/personale-docente?q=it/node/41881>