

2025 FASCICOLO III

Rosa Signorella

Libertas in legis “non iam” consistit.

**L’evoluzione del principio di separazione dei poteri attraverso la
lente del diritto ad una morte dignitosa**

5 novembre 2025



Rosa Signorella

Libertas in legis “non iam” consistit.

**L'evoluzione del principio di separazione dei poteri attraverso la lente del diritto
ad una morte dignitosa^{***}**

SOMMARIO: 1. Introduzione: nuove istanze, antichi modelli. – 2. Il rapporto tra giurisprudenza e legislatore - primo atto: la via della Consulta. – 3. Il rapporto tra giurisprudenza e legislatore - secondo atto: tra supplenze, slanci e incertezze. - 4. Il ruolo dell'amministrazione e dei Comitati etici: *locus solvendi* o *impasse*? – 5. Osservazioni conclusive - nuove geometrie dei poteri: dialoghi o monologhi?

ABSTRACT: *This paper explores the tension between emerging bioethical rights—especially the right to a dignified death—and the traditional separation of powers. As science and society evolve, the legal system faces growing complexity, revealing a gap between legislative inaction and judicial or administrative activism.*

Through the Cappato case, the Constitutional Court effectively created a right to assisted suicide, compensating for the lack of legislation and prompting regional initiatives that raised issues of competence. The 2024 ruling no. 135 further refined the concept of life-support treatments, adopting a more flexible, patient-centered view.

In the absence of clear laws, ethics committees and administrations play a key role in implementing these rights, though not without ambiguity. Overall, the study calls for a reinterpreted separation of powers, based on institutional dialogue and coordinated competences, to better protect fundamental individual rights.

1. Introduzione: nuove istanze, antichi modelli

Le nuove situazioni soggettive che si sono delineate (e si vanno ancora delineando) all'interno della realtà sociale grazie alle possibilità offerte dal rapidissimo sviluppo del mondo scientifico-tecnologico, assieme alla maturazione culturale degli ultimi secoli, hanno messo in profonda crisi d'identità i classici meccanismi di garanzia approntati dagli ordinamenti nonché quelli di gestione dei poteri e delle funzioni che hanno caratterizzato le organizzazioni delle diverse comunità politiche come finora conosciute.



* Contributo scientifico sottoposto a referaggio.

Rosa Signorella è dottoranda di ricerca in Diritto e impresa presso l'Università LUISS Guido Carli.

** Il contributo è destinato agli atti del convegno “*Separazione dei poteri, indirizzo politico e garanzie costituzionali*”, tenutosi presso l'Università degli Studi di Messina il 27 e 28 giugno 2024.



Questo si spiega in ragione del fatto che le tutele che i diversi Stati sono chiamati ad apprestare a questi nuovi diritti, ovvero quelli attinenti alle tematiche bioetiche (i cd. *diritti di quarta generazione*), implicano (forse qui più che altrove) una delicatissima opera di dialogo tra contrastanti visioni morali in gioco, oltre che di confronto con altre scienze diverse da quella giuridica, spesso dotate di autonome forme di regolamentazione.

E, pertanto, in questo complesso quadro che vede scienza, etica e politica contendersi il campo, l'intervento giuridico è chiamato a fornire criteri efficaci per assicurare la protezione di tutte le posizioni coinvolte e modelli regolatori nuovi da cui ripartire, non essendo ormai più sufficienti interventi sporadici sollecitati dall'urgenza dei casi di cronaca.

Dinnanzi a quel fenomeno di «giuridificazione di interessi scientificamente e tecnologicamente condizionati»¹, studiato dal “biodiritto”², una delle sfide resta ancora quella di individuare il grado di intensità e la forma che l'intervento del diritto deve avere nei modelli di regolazione giuridica delle questioni bioetiche.

In questo senso la dottrina nel tempo ha elaborato varie tipologie di modelli per la tutela costituzionale dei diritti di cui si discute³, comunque tutti riconducibili a due diversi tipi di orientamenti.

Un primo orientamento chiede al diritto un “intervento forte” e “protettivo” in cui, data la particolare rilevanza degli interessi in gioco, si ritiene doverosa una disciplina quanto più puntuale e completa e in cui la fonte di regolazione privilegiata è quella legislativa.

Un secondo ed opposto orientamento, invece, chiederebbe un intervento normativo “mite”, ovvero un diritto quasi meramente procedurale che regoli per principi, non entrando

¹ Così definito ed analizzato in F. CORTESE, S. PENASA, *Dalla bioetica al biodiritto: sulla giuridificazione di interessi scientificamente e tecnologicamente condizionati*, in [Rivista AIC](#), 4/2015, 1 e ss.

² La disciplina del “biodiritto” è stata definita alternativamente come «studio sistematico dei principi giuridici che orientano la condotta umana [...] nell'area delle scienze della vita e della salute»; «ambito del diritto che studia i problemi inerenti la tutela della vita fisica ed in particolare le implicazioni giuridiche delle scienze biomediche»; «diritto applicato ai nuovi problemi che si sviluppano alle frontiere della vita» nonché «diritto relativo ai fenomeni della vita organica del corpo, della generazione, dello sviluppo, maturità e vecchiaia, della salute, della malattia e della morte», in C. CASONATO, *Biodiritto. Oggetto, fonti, modelli, metodo*, Giappichelli, Torino, 2023, 61.

³ Sul tema cfr. L. BUSATTA, *Per la costruzione di un pluralismo sostenibile nel rapporto tra diritto e scienze della vita*, in [BioLaw Journal](#), 1/2016, 9 e ss. In questo contributo si indaga la possibile applicazione ai diritti attinenti alla tutela della salute di quattro modelli elaborati per la tutela dei diritti delle minoranze nazionali all'interno di società multiculturali ed ovvero: «(i) un “modello repressivo”, caratterizzato dalla negazione espressa di qualsivoglia riconoscimento del pluralismo; (ii) un “modello liberale agnostico”, la cui cifra è individuabile nella garanzia dell'uguaglianza meramente formale; (iii) un “modello pluralista promozionale” nel quale la finalità principale dello Stato si realizza attraverso la differenziazione garantita dall'applicazione del principio di eguaglianza sostanziale; (iv) infine, un “modello pluralista paritario”, all'interno del quale l'eccezione è la regola ed ogni differenziazione si dissolve nell'egual grado di riconoscimento che essa ottiene da parte dell'ordinamento». Tale modellistica, applicata al rapporto tra diritto e scienze della vita, viene declinata in (i) modello tendenzialmente preclusivo; (ii) modello inerte e (iii) modello integrativo.



nel merito delle scelte individuali ma «definendo la cornice entro la quale le decisioni siano assunte dai soggetti interessati»⁴.

Sebbene l'intervento "forte" del diritto che si serve della cd. norma bioetica "impositiva"⁵ abbia comunque degli esempi concreti nella disciplina italiana della tutela del diritto alla salute⁶, dottrina e giurisprudenza maggioritaria sono in realtà concordi nel preferire ipotesi regolative "a maglie larghe", recanti una disciplina legislativa "per principi" minima, accompagnata da deleghe «al decisore del caso concreto»⁷.

Sulla base di queste premesse, il presente contributo si pone nel solco di coloro che indagano in che modo il diritto che si occupa delle scienze della vita debba rispondere ai nuovi bisogni sociali e quali sono gli strumenti che ha a disposizione per offrire risposte normative capaci di riflettere un «pluralismo giuridico sostenibile»⁸, rimanendo comunque al passo con gli incessanti mutamenti della tecnologia.

A fare da *fil rouge* all'intero lavoro è però la riflessione sul nuovo assetto che va assumendo il principio di separazione dei poteri, chiamato a confrontarsi con la complessità qui accennata delle questioni bioetiche. In questo ambito, infatti, i tradizionali confini tra legislativo, giudiziario e potere amministrativo si ridefiniscono, aprendo a forme nuove di interazione, supplenza e dialogo, spesso segnate da tensioni e limiti che impongono una revisione critica dei modelli classici di equilibrio tra i poteri.

In tale prospettiva teorica, si è scelto di assumere il tema del "*fine vita*" quale caso di studio paradigmatico della complessa interazione tra diritto, etica e scienza, nonché oggetto di rinnovata attenzione nel dibattito pubblico e giurisprudenziale, anche alla luce di recenti pronunce.

Negli ultimi tempi, infatti, nonostante «un comune sentire ormai incline all'ammissibilità di queste pratiche»⁹ nonché crescenti casi di "disobbedienza civile"¹⁰ da parte di malati terminali che rivendicano il diritto di poter mettere fine alla loro vita, risonante è il silenzio del legislatore

⁴ Questa modellistica bipartita è proposta da N. VETTORI, *Diritti della persona e amministrazione pubblica: la tutela della salute al tempo delle biotecnologie*, Giuffrè, Milano, 2017, 14 e ss.

⁵ Nel significato utilizzato da C. CASONATO, *Introduzione al biodiritto*, Giappichelli, Torino, 2012, 131.

⁶ Si pensi alla L. n. 40/2004 in materia di procreazione medicalmente assistita che, nella sua originaria formulazione, poneva una serie di divieti tutti giustificati dalla convinzione che le pratiche di procreazione artificiale potessero rappresentare un «pendio scivoloso» verso l'eugenetica. Così si osserva in N. VETTORI, *Diritti della persona e amministrazione pubblica*, cit., 21.

⁷ L. BUFFONI, *Le fonti nazionali del biodiritto: alcuni appunti per una teoria della "sovranità" dell'individuo nella produzione giuridica*, in [Osservatorio sulle fonti](#), 2/2010, 6.

⁸ Si ragiona circa la possibile costruzione di un modello di pluralismo giuridico sostenibile in L. BUSATTA, *Per la costruzione di un pluralismo sostenibile nel rapporto tra diritto e scienze della vita*, cit.

⁹ Recente aggiornamento sullo stato dell'arte in tema di fine vita in Italia si trova in M.G. SALVADORI (a cura di), *Scelte e cure di fine vita: profili giuridici, etici, clinici*, Giappichelli, Torino, 2023. La citazione si trova in Premessa.

¹⁰ Una rassegna dei casi di assistenza al suicidio in Italia è disponibile nel Dossier "*La disciplina del fine vita in Italia*", in [Biodiritto.org](#).



italiano e complesso è il compito degli operatori sanitari chiamati a districarsi tra una rete di interventi giurisprudenziali, non sempre di semplice interpretazione.

Si tratta, pertanto, di un ambito nel quale emerge con particolare evidenza il processo di ridefinizione degli equilibri tra i poteri statali, tanto sul piano normativo quanto su quello dell'attuazione pratica da parte delle istituzioni, con implicazioni significative per il ruolo del legislatore, dei giudici e del servizio sanitario nazionale.

Al fine, dunque, di proporre delle considerazioni d'insieme attorno al diverso assetto che i classici poteri statali vanno assumendo in relazione a tale tema, ci si concentrerà innanzitutto sul rapporto tra formante legislativo e giudiziario per poi procedere ad un'analisi del preponderante ruolo che va assumendo il potere amministrativo, nel tentativo di recuperare una nuova trama di legittimazione pubblica per la tutela del diritto ad una morte dignitosa.

2. Il rapporto tra giurisprudenza e legislatore - primo atto: la via della Consulta

Ripercorrendo brevemente l'evoluzione del dibattito in tema di fine vita, è innanzitutto necessario ricordare che se prima degli anni '90 il legislatore non aveva sentito l'esigenza di precisare la nozione di morte, il successivo progresso delle conoscenze scientifiche e dei perfezionamenti tecnologici – in particolare lo sviluppo di tecniche in grado di supportare e prolungare le funzioni vitali – ha posto la necessità per il diritto di operare delle scelte normative, rendendosi dunque necessaria una definizione per via legislativa e un ampliamento dei criteri per il suo accertamento.

La "politicizzazione" del fenomeno morte prende dunque avvio con l'adozione di norme giuridiche che regolano l'accertamento di tale evento e lo sottraggono alla sola norma scientifica.

In particolare, la L. n. 578 del 1993¹¹ ha identificato la morte dell'individuo con la «cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo», ovvero con la cd. morte cerebrale¹², rinviando ad un decreto ministeriale successivo la definizione delle modalità clinico-strumentali di accertamento dell'evento e delle sue condizioni di verifica¹³.

Su tale assetto legislativo e, dunque, sulla normativizzazione della morte, la Corte costituzionale ebbe già l'occasione di pronunciarsi, affermando che il problema di determinare quale fosse il momento per ritenere, a tutti gli effetti, estinta la persona umana «[...] costituisce oggetto della attenta valutazione del legislatore, il quale è chiamato a ponderare, all'interno di una logica di prudente apprezzamento, non solo i dati della scienza medica, ma anche il

¹¹ Legge 29 dicembre 1993, n. 578, "Norme per l'accertamento e la certificazione di morte".

¹² Ivi, art. 1.

¹³ Ministero della Salute. Decreto 11 aprile 2008, "Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582 relativo al 'Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte'".



complesso quadro dei valori di riferimento, in sintonia altresì con le altre norme dell'ordinamento, nonché con i principi deontologici e l'espressione del comune sentire»¹⁴.

La Corte riconobbe così e, già allora, la complessità di una questione che intreccia dati scientifici in continua evoluzione e valori costituzionali fondamentali, affidando contestualmente al legislatore il delicato ma fisiologico compito di definire criteri chiari e aggiornati, capaci di bilanciare equamente profili scientifici, etici e sociali.

Tuttavia, da quando il fenomeno scientifico ha sottratto ormai l'evento morte al caso per attribuirlo alla volontà dell'uomo e nonostante l'avvicinarsi di una copiosa casistica di soggetti che negli anni sono stati attenzionati dalla cronaca per aver chiesto di poter rifiutare quei trattamenti che prolungavano artificiosamente la propria esistenza¹⁵, il legislatore ha mancato di far uso di tale potere di "prudente apprezzamento", mantenendo un atteggiamento quasi reticente (per non dire inerte), forse a causa della difficoltà, qui più che altrove, di trovare un punto di equilibrio tra i diversi e divisivi valori morali in gioco.

Ad oggi, dunque, gli unici due punti di riferimento legislativi in materia di decisioni di *fine vita* sono contenuti nella L. n. 219/2017 («Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento»)¹⁶ e nel Codice penale, in particolare agli articoli 579 («Omicidio del consenziente») e 580 («Istigazione o aiuto al suicidio»).

Secondo tale quadro normativo un individuo, capace di agire, può acconsentire, oppure può – parimenti – esercitare il proprio diritto a negare o revocare il consenso rispetto a tutti i trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza¹⁷, avviandosi così alla morte quale inevitabile e naturale esito del venir meno dei supporti biomedici che permettono la continuazione artificiale dell'esistenza¹⁸. Si consente, dunque, l'accesso ad una morte causata dall'interruzione di trattamenti di sostegno vitale, restando tuttavia vietato, ai sensi degli artt. 579 e 580 c.p., il decesso che consegue all'assunzione o alla somministrazione da parte di un terzo di una sostanza letale (rispettivamente cd. "*assistenza al suicidio*" ed "*eutanasia*").

¹⁴ [Corte cost., sent. n. 414 del 1995](#), punto 3 del Cons. in dir.

¹⁵ Uno dei primi casi che ha inaugurato il dibattito in tema di fine vita in Italia fu quello di Piergiorgio Welby. Welby era affetto da distrofia muscolare progressiva ed era mantenuto in vita da un ventilatore artificiale e da macchine di alimentazione. Nel 2006, con ricorso d'urgenza ex art. 700 c.p.c., aveva richiesto l'autorizzazione all'interruzione dei trattamenti sanitari cui era sottoposto. Il Tribunale, pur riconoscendo il diritto ex art. 32 c. 2 Cost. di rinunciare alle cure, aveva respinto la sua domanda in quanto riteneva impossibile imporre a qualcuno l'obbligo di realizzare tale diritto.

¹⁶ Legge 22 dicembre 2017, n. 219, "*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*".

¹⁷ L'art. 1 c. 5 della L. n. 219 del 2017, cit., infatti, dispone che: «Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso».

¹⁸ Per un'analisi del dettato legislativo in materia di fine vita, cfr. M.G. SALVADORI (a cura di), *Scelte e cure di fine vita: profili giuridici, etici, clinici*, cit., 4.



In questo assetto legislativo così brevemente richiamato, la Corte costituzionale è intervenuta qualche anno fa procedendo a quella che è stata definita come una vera e propria *inventio* di un nuovo diritto, ovvero quello dell'assistenza al suicidio a determinate condizioni.

Con la nota decisione cd. “in due tempi” del caso “Antoniani/Cappato”¹⁹ infatti, la Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. «nella parte in cui non esclude la punibilità di chi – con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della L. n. 219 del 2017 – agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente»²⁰.

Tali due pronunce, che inaugurano la cd. giurisprudenza “Cappato” della Corte costituzionale e con essa una nuova tecnica decisionale della Consulta tramite il cd. rinvio dell'udienza a data fissa²¹, sono state ormai ampiamente commentate (e criticate) dalla dottrina sotto più aspetti²², soprattutto per i caratteri eccessivamente creativi che presenterebbero. In particolare, qualcuno ha osservato essere in presenza di «una vera e propria legislazione rivestita delle candide forme della sentenza»²³ che apre dunque la strada alla possibilità di compiere una scelta di fine vita non solo mediante la rinuncia alle terapie necessarie alla sopravvivenza sulla base della L. n. 219 del 2017, ma anche mediante l'auto-

¹⁹ La Corte ha adottato prima l'[ordinanza n. 207 del 2018](#) e poi la [sentenza n. 242 del 2019](#) in conclusione dell'iter giudiziale che ha riguardato il caso noto come “dj Fabo”, giovane uomo rimasto gravemente tetraplegico e cieco a seguito di un incidente stradale che, accompagnato per sottoporsi alla procedura di cd. suicidio assistito in Svizzera da Marco Cappato, ha dato attuazione alle sue volontà. I testi delle decisioni di tutto l'iter giudiziario sono disponibili sul sito [Giurisprudenza Penale](#).

²⁰ Corte cost., [sent. n. 242 del 2019](#).

²¹ Con tali pronunce, infatti, la Corte ha inaugurato una nuova tecnica decisionale che vede un processo che si sviluppa per passi: piuttosto che rigettare la questione, a Corte ne rinvia la trattazione (rinvio dell'udienza a data fissa) nella speranza che il legislatore possa così intervenire. Sul punto, *ex multis*, cfr. E. COCCHIARA, *L'evoluzione dei moniti della Corte costituzionale al legislatore: un bilancio a settant'anni dalla L. 87 del 1953*, in [Rivista del Gruppo di Pisa](#), 3/2023.

²² La letteratura è ormai vastissima. Per alcuni riferimenti, con posizioni diverse cfr., *ex multis*, A. RUGGERI, *La disciplina del suicidio assistito è “legge” (o, meglio, “sentenza-legge”), frutto di libera invenzione della Consulta (a margine di Corte cost. n. 242 del 2019)*, in *Quad. dir. e pol. eccl.*, 3/2019, 633; E. FURNO, *Il «caso Cappato» ovvero dell'attivismo giudiziale*, in *Osservatorio costituzionale*, 1/2020; P. VERONESI, *La Corte costituzionale “affina, frena e rilancia”: dubbi e conferme nella sentenza sul “caso Cappato”*, in *BioLaw Journal*, 2020, 5 e ss.; M. D'AMICO, *Il “fine vita” davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019)*, in *Osservatorio AIC*, 1/2020, 286 e ss.

²³ Così A. RUGGERI, *Rimosso senza indugio il limite della discrezionalità del legislatore, la Consulta dà alla luce la preannunciata regolazione del suicidio assistito (a prima lettura di Corte cost. n. 242 del 2019)*, in [Giustizia Insieme](#) del 27 novembre 2019.



assunzione da parte del paziente di una sostanza letale resa disponibile da un soggetto terzo, senza che quest'ultimo rischi l'incriminazione ex art. 580 c.p.²⁴.

Alla luce del tenore della [sent. n. 242 del 2019](#), infatti, è ormai pressoché evidente come la Corte non si sia meramente limitata a stabilire la parziale illegittimità della norma penale ma, tramite la costruzione di una procedura medicalizzata e, dunque, con la determinazione di requisiti sostanziali e procedurali ben precisi, abbia proceduto ad una formulazione quasi "normativa", producendo quella che è stata presto qualificata da alcuni come "sentenza-legge"²⁵.

A partire da questa pronuncia, dunque, ci si è interrogati circa l'ammissibilità di una tale "invasione di campo" da parte della Corte costituzionale, accusata di aver sostanzialmente riscritto la norma penale in luogo del Parlamento. Si tratta di un interrogativo di teoria generale, da sempre e tuttora aperto, che ha portato ancora una volta parte della dottrina, talvolta inutilmente intransigente, a censurare la fisiologica anima politica della Consulta, come se essa potesse esserne davvero priva²⁶.

Nel caso di specie, tuttavia, le pronunce della Corte hanno generato conseguenze significative sul piano applicativo, contribuendo a definire concretamente il funzionamento del sistema nel vuoto normativo lasciato dal legislatore. In assenza di una disciplina legislativa compiuta e considerati i puntuali presupposti delineati richiesti dalla Corte come sopra richiamati, infatti, l'orientamento finora quasi unanimemente condiviso è che la [sent. n. 242](#) sia «autoapplicativa»²⁷, assurgendo quindi a fonte di un nuovo diritto per i cittadini che posseggano i requisiti sopracitati e di un nuovo dovere per le amministrazioni sanitarie chiamate a verificarne la sussistenza. Alcuni tribunali di merito, aditi con ricorso d'urgenza ex art. 700 c.p.c. da pazienti che ritenevano di essere nelle condizioni per accedere alla procedura

²⁴ Così in M.G. SALVADORI (a cura di), *Scelte e cure di fine vita: profili giuridici, etici, clinici*, cit., 19.

²⁵ Così in A. RUGGERI, *La disciplina del suicidio assistito è "legge" (o, meglio, "sentenza-legge"), frutto di libera invenzione della Consulta (a margine di Corte cost. n. 242 del 2019)*, cit.

²⁶ Sul punto, illuminante è G. SILVESTRI, *Del rendere giustizia costituzionale*, in [Questione Giustizia](#), 4/2020, 24-36.

²⁷ Come, infatti, ha osservato P.F. BRESCIANI «[...] La stessa Corte, peraltro, lascia chiaramente intendere l'autoapplicatività della propria decisione quando precisa che "i requisiti procedurali dianzi indicati [...] valgono per i fatti successivi alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica", mentre detta, per le vicende pregresse per le quali «le condizioni in parola non risulterebbero, in pratica, mai puntualmente soddisfatte», condizioni legittimanti diverse di natura solo sostanziale. A ben vedere, questa diversa scansione temporale del contenuto della decisione (requisiti procedurali e sostanziali *pro futuro* e requisiti solo sostanziali per il passato) ha senso solo se la disciplina procedurale definita dalla Corte costituzionale può essere direttamente applicata. In caso contrario, difatti, la Corte avrebbe dovuto imporre il rispetto dei requisiti procedurali ai soli casi successivi all'entrata in vigore di una futura legge del Parlamento attuativa del proprio monito e non già a tutti i fatti successivi alla pubblicazione in G.U. della propria pronuncia». Cfr. P.F. BRESCIANI, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita. Uno studio su autonomia regionale e prestazioni sanitarie eticamente sensibili*, in [Corti supreme e salute](#), 1/2024, 248.



di assistenza al suicidio, hanno quindi ravvisato un vero e proprio inadempimento in tutti quei casi in cui le aziende sanitarie convenute non avevano proceduto ad un'adeguata verifica dell'esistenza in capo al paziente delle condizioni indicate nella [sentenza n. 242](#), condannandole contestualmente al pagamento di una somma di denaro laddove avessero continuato ad omettere tale accertamento²⁸.

A titolo esemplificativo, si richiama un'ordinanza del [Tribunale di Trieste](#) il quale, pronunciandosi nel caso "*Anna*"²⁹, arriva ad affermare come «[...] Nell'ambito del rapporto giuridico contrattuale di ospitalità tra l'Azienda sanitaria del S.S.N. e il paziente, [...] l'Azienda *deve* [corsivo aggiunto] offrire al medesimo paziente, in alternativa al trattamento sanitario della sedazione palliativa profonda continua [...], la possibilità di porre fine alla propria esistenza con l'assunzione libera e consapevole di uno o più farmaci che lo conducano a morte certa, rapida, indolore e, per la sua soggettiva concezione, dignitosa»³⁰. Tale dovere discenderebbe, sempre secondo il Tribunale, dalle conseguenze «nell'ambito del diritto civile»³¹ di quanto affermato dalla Corte costituzionale nella [sentenza n. 242](#).

²⁸ Per una pronuncia di segno contrario a tale orientamento, cfr. Trib. Ancona, ord. 26 marzo 2021. In tale ordinanza, infatti, si legge: «Non sussistono quindi motivi per ritenere che, individuando le ipotesi in cui l'aiuto al suicidio può oggi ritenersi penalmente lecito, la Corte abbia fondato anche il diritto del paziente, ove ricorrano tali ipotesi, ad ottenere la collaborazione dei sanitari nell'attuare la sua decisione di porre fine alla propria esistenza; né può ritenersi che il riconoscimento dell'invocato diritto sia conseguenza dell'individuazione della nuova ipotesi di non punibilità, tenuto conto della natura polifunzionale delle scriminanti, non sempre strumentali all'esercizio di un diritto», pag. 4, paragrafo "*osserva*". Tale pronuncia, emessa nel noto caso "*Mario*", è stata tuttavia successivamente sconfessata dallo stesso Tribunale di Ancona il quale, chiamato nuovamente a pronunciarsi a seguito di reclamo contro la precedente decisione, ha invece puntualizzato come il richiedente non avesse invocato "un diritto al suicidio", bensì «[...] il diritto ad ottenere dalla struttura sanitaria pubblica competente l'accertamento dei presupposti illustrati dalla Corte Costituzionale nella precitata pronuncia del 2019, evidenziando che "l'esito della verifica" richiesta è "pregiudiziale alla non punibilità" dell'aiuto [...]», ordinando quindi all'Azienda Sanitaria la verifica delle condizioni, Trib. Ancona, ord. 9 giugno 2021. Una descrizione del caso "*Mario*" nonché i testi che lo riguardano è disponibile nel Dossier "*La disciplina del fine vita in Italia*", [cit.](#)

²⁹ Il caso riguarda una donna affetta da sclerosi multipla che, per poter accedere alla procedura di suicidio medicalmente assistito, ha richiesto all'ASUGI di verificare la presenza dei requisiti stabiliti dalla [sent. n. 242 del 2019](#) della Corte costituzionale. La donna ha inoltre chiesto di determinare il farmaco e le modalità appropriate per garantirle una morte rapida, dignitosa e indolore e di trasmettere tali informazioni al Comitato Etico territoriale per il parere preventivo necessario. Tuttavia, l'ASUGI si è limitata a consultare il Comitato Etico Unico Regionale (CEUR) per stabilire la procedura da seguire nel caso specifico. In risposta all'inattività dell'ASUGI, la donna ha presentato ricorso ex art. 700 c.p.c. presso il Tribunale di Trieste che ha così condannato l'ASUGI ad ottemperare i propri obblighi. Una descrizione del caso "*Anna*" nonché i testi che lo riguardano è disponibile nel Dossier "*La disciplina del fine vita in Italia*", [cit.](#)

³⁰ Cfr. [Trib. di Trieste](#), ord. 7 luglio 2023, p. 12, punto a).

³¹ Ivi, 12.



Chiaro è, dunque, come la pronuncia della Corte sia assurta nella prassi giurisprudenziale a vera e propria fonte di diritto³², un diritto la cui effettiva configurazione, i contorni giuridici e le modalità di attuazione continuano a sollevare riflessioni e discussioni.

3. Il rapporto tra giurisprudenza e legislatore – secondo atto: tra supplenze, slanci ed incertezze

Le decisioni della Corte hanno segnato però solo il primo tempo di un confronto destinato a proseguire: il secondo atto si gioca ora su un piano più profondo, dove le supplenze giurisprudenziali, gli slanci interpretativi e le incertezze normative ridisegnano i confini tra chi crea il diritto e chi lo applica.

Ed è sempre, infatti, nel solco della forza motrice della pronuncia *Cappato*, avvallata dal mancato intervento del legislatore statale, che l'Associazione Luca Coscioni si è mossa per tentare di ottenere un riconoscimento legislativo dei *dicta* ivi fissati tentando la via regionale.

L'Associazione Luca Coscioni, attiva nel campo della promozione delle libertà civili e dei diritti umani, ha elaborato una proposta di legge avente «[...] l'obiettivo di definire il rispetto e la diretta applicazione, relativamente a ruoli, procedure e tempi del Servizio Sanitario Nazionale/regionale di verifica delle condizioni e delle modalità di accesso alla morte medicalmente assistita, affinché l'aiuto al suicidio non costituisca reato, così come delineato dalla sentenza della Corte costituzionale [...]»³³.

La proposta, sostenuta da una raccolta firme a livello popolare, è stata depositata in varie Regioni, dove ha preso avvio l'iter legislativo, pur con modifiche che ne hanno parzialmente riformulato il contenuto originario³⁴.

Tuttavia, sebbene molte delle iniziative regionali siano rimaste in una fase interlocutoria, la Regione Toscana si è distinta per essere stata la prima a completare l'iter legislativo con la legge regionale n. 16 del 2025, avente il precipuo obiettivo di dare piena attuazione alla sentenza *Cappato* sul piano organizzativo e sanitario³⁵. Con tale novella la Regione Toscana ha proceduto a dettare norme a carattere organizzativo e procedurale per disciplinare in modo uniforme sul proprio territorio l'esercizio delle funzioni che la giurisprudenza costituzionale attribuisce alle aziende sanitarie in materia di suicidio medicalmente assistito, ritenendo di

³² Oltre a quanto già citato, si segnala Trib. Trieste, ord. 16 luglio 2024 (il testo dell'ordinanza è disponibile nel Dossier: "La disciplina del fine vita in Italia", [cit.](#)).

³³ Cfr. [Relazione illustrativa](#) alla Proposta di legge "Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza n. 242/19 della Corte costituzionale".

³⁴ Sul punto cfr. L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, in [Osservatorio AIC](#), 3/2024, 171 e ss.

³⁵ Legge regionale 14 marzo 2025, n. 16, "Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024".



poter intervenire «nell'esercizio delle proprie competenze in materia di tutela della salute, e in attuazione di una sentenza immediatamente esecutiva»³⁶.

Tale scenario ha inevitabilmente sollevato molteplici questioni circa il riparto delle competenze tra Stato e Regioni in materia, dando luogo a un dibattito tutt'ora aperto sull'ammissibilità di un intervento legislativo regionale³⁷. Questo scontro interpretativo era emerso con chiarezza già nel qualche anno fa in un parere reso dall'Avvocatura generale dello Stato, interpellata dai Presidenti dei Consigli regionali del Veneto e del Friuli-Venezia Giulia circa la corretta competenza legislativa, la quale aveva espressamente escluso che una legge regionale potesse disciplinare materie rimesse dall'art. 117, secondo comma, lett. l) della Costituzione alla «competenza esclusiva del legislatore statale», oltre ad effettuare «scelte in tema di creazione o estensione della punibilità penale»³⁸.

Dello stesso avviso è parso l'Esecutivo il quale ha prontamente impugnato la novella toscana ex art. 127 Cost., affermando chiaramente che «[...] la Corte con quella pronuncia non ha introdotto nell'ordinamento l'istituto giuridico del 'diritto al suicidio assistito', disciplinandone tutti gli aspetti che sono connessi alla sua introduzione nell'ordinamento 'civile e penale', anche perché non era quella la questione che le era sottoposta: ha solo escluso la punibilità di un soggetto che abbia prestato assistenza o aiuto ad un altro individuo, quando questi, in determinate condizioni, avesse deciso di porre fine alla sua vita»³⁹.

³⁶ Legge regionale 14 marzo 2025, n. 16. *Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024*, cit., par. 5 del Considerato.

³⁷ Numerosi i commenti da parte della dottrina sul punto. Tra i molti si segnala C. DE LUCA, *Il suicidio medicalmente assistito: esiste una competenza legislativa regionale?* in AA. VV., *La salute tra i diritti e nei territori: Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, D. Morana (a cura di), Giappichelli, Torino, 2025; M.G. NACCI, *Il contributo delle Regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Note a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 1/2023, 93 e ss.; G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio, i rilievi dell'Avvocatura Generale dello Stato, le forzature del Tribunale di Trieste e della commissione nominata dall'azienda sanitaria*, in questa *Rivista*, *Studi 2024/I*, 69 e ss.; P.F. BRESCIANI, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita. Uno studio su autonomia regionale e prestazioni sanitarie eticamente sensibili*, cit.; L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, cit.; A. CANDIDO, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni*, in questa *Rivista*, *Studi 2024/III*, 989 e ss.; L. BIANCHI, *Sulla competenza legislativa regionale in materia di fine vita*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 2/2024, nonché più specificatamente sulla Legge toscana cfr. G. RAZZANO, *La Legge della regione Toscana sul suicidio assistito: regionalismo differenziato «in un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale»*, concernente i principi supremi, i diritti inviolabili e la materia penale? in questa *Rivista*, *Studi 2025/II*, 560 e ss.

³⁸ Avvocatura Generale dello Stato, Affari Cs 39326/23 e 40525/23 Sez. AG, Parere del 16 novembre 2023, *Risposta a nota del 31 ottobre 2023*, 3.

³⁹ Ricorso per questione di legittimità costituzionale n. 20 del 16 maggio 2025 del Presidente del Consiglio dei Ministri, G.U. 1ª Serie Speciale - Corte Costituzionale n. 22 del 28-5-2025, par. 2.2. Per un'analisi degli ipotizzabili profili di costituzionalità, cfr. L. BIANCHI, *Per un inquadramento costituzionale della Legge della Regione Toscana sul suicidio assistito*, in *La Rivista Gruppo di Pisa*, 2/2025, 79 e ss.



In ogni caso, prescindendo dalla definizione teorica della questione dell'ammissibilità del riconoscimento di un margine legislativo in capo alle Regioni, non può ignorarsi che le iniziative regionali rappresentano un significativo indicatore della crescente tendenza, da parte dei diversi attori dell'ordinamento, a considerare la sentenza della Corte come vera e propria fonte primaria, al pari di una autentica legge statale che, come tale, richiede l'adozione di disposizioni di dettaglio atte a definire «ruoli, tempi e procedure» di principi espressi e consolidati nella stessa.

Ed è in questo quadro di tensione crescente tra i vari livelli istituzionali, esacerbata dalla persistente assenza di una disciplina statale organica, che la Corte costituzionale ha proseguito con determinazione e coerenza l'esercizio della propria funzione di supplenza. Nel corso dell'ultimo anno, infatti, il baricentro dell'elaborazione giuridica sul fine vita si è mantenuto saldo nelle mani della Consulta che ha quindi assunto un ruolo fondamentale nel chiarire e definire i confini applicativi del quadro giuridico tracciato dalla [sentenza n. 242 del 2019](#), affrontando e risolvendo le questioni emerse nell'applicazione concreta di tale pronuncia.

Il "nuovo episodio"⁴⁰ della giurisprudenza costituzionale in materia di fine vita si è infatti avuto con la [sentenza n. 135 del 2024](#) con cui la Corte è tornata a pronunciarsi sull'art. 580 c.p.⁴¹. *Punctum dolens* dell'architettura applicativa delineata dalla [sentenza n. 242 del 2019](#) si è rivelato, in particolare, il requisito relativo alla necessità che il richiedente sia tenuto in vita da *trattamenti di sostegno vitale* (TSV) quale presupposto imprescindibile per accedere alla causa di non punibilità. Tale requisito, sin dalla sua formulazione, ha infatti sollevato rilevanti questioni interpretative e applicative, divenendo epicentro di divergenze tra prassi mediche, opinioni dottrinali e istanze giudiziarie.

Mancando una definizione normativa nel nostro ordinamento, è necessario qui accedere a quella condivisa maggiormente nella letteratura scientifica secondo cui i TSV sono trattamenti intesi a «sostenere le funzioni organiche per prolungare la vita senza però invertire il decorso

⁴⁰ Così definito in F. VIVADELLI, «Questa Corte intende qui integralmente confermare». Note a margine di Corte costituzionale n. 135/2024 in tema di trattamenti di sostegno vitale e aiuto al suicidio, in [Corti supreme e salute](#), 3/2024, 2.

⁴¹ [Corte costituzionale 18 luglio 2024, sentenza n. 135](#). In argomento e senza pretese di completezza, cfr. P. VERONESI, *A primissima lettura: se cambia, come cambia e se può ulteriormente cambiare il "fine vita" in Italia dopo la sentenza n. 135 del 2024*, in [Rivista di Biodiritto](#), 3/2024, 239 e ss.; A. PUGIOTTO, *Caso Cappato-bis: l'altra faccia della sent. n. 135/2024*, in *Quaderni costituzionali*, 4/2024, 898 e ss.; C. D. 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 questa [Rivista](#), *Studi 2024/II*, 693 e ss.; F. VIVADELLI, «Questa Corte intende qui integralmente confermare», [cit.](#), F. GIARDINA, *Riflessioni sulla sentenza n. 135/2024 della Corte costituzionale: un'occasione perduta?*, in *N. giur. civ.*, 5/2024, 1227 e ss.; A. RUGGERI, *La Consulta equilibrista sul filo del fine-vita (a prima lettura di Corte cost. n. 135 del 2024)*, in questa [Rivista](#), *Studi 2024/II*, 931 e ss.; F. CEMBRANI e D. DE LEO, *Senza smentire sé stesso, il giudice delle leggi rinforza la cintura di protezione a difesa della vita umana*, in [Corti supreme e salute](#), 3/2024; 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 questa [Rivista](#), *Studi 2024/III*, 1075 e ss.



delle patologie sottostanti: ventilazione meccanica, rianimazione cardiopolmonare, amine vasopressorie, dialisi, idratazione e alimentazione artificiali, ecc. [...]»⁴². La problematicità della definizione di TSV residua nel fatto che la stessa può essere estesa a interventi terapeutici che, pur non risultando immediatamente necessari al sostegno delle funzioni vitali in senso stretto, si configurano come clinicamente essenziali per prevenire un rapido peggioramento delle condizioni fisiologiche e per assicurare una soglia minima di qualità della vita, la cui mancanza potrebbe essere percepita dal paziente come inaccettabile o lesiva della propria dignità⁴³.

Ciò premesso, la nuova pronuncia della Corte trae origine dall'ordinanza di rimessione del GIP del Tribunale di Firenze il quale, chiamato a pronunciarsi sul caso di un soggetto affetto da sclerosi multipla in stato avanzato — totalmente immobilizzato a letto ma non formalmente dipendente da dispositivi di sostegno vitale —, ha sollevato questione di legittimità costituzionale in merito al requisito della dipendenza da trattamenti salvavita, così come imposto dalla [sentenza n. 242 del 2019](#)⁴⁴. Il giudice ha infatti contestato la legittimità del requisito in parola, ritenendolo in contrasto anzitutto con l'art. 3 Cost. per l'irragionevole disparità di trattamento tra pazienti accomunati da condizioni di sofferenza estrema, ma distinti unicamente sulla base della presenza o meno di un supporto meccanico. Ulteriori censure sono state poi formulate in riferimento agli artt. 2 e 32 Cost., invocando il diritto all'autodeterminazione e la tutela della dignità personale anche nei casi in cui il paziente non fosse tecnicamente tenuto in vita da un trattamento vitale.

La richiesta fiorentina mirava quindi a un obiettivo dirompente: rimuovere la dipendenza da trattamenti di sostegno vitale dal novero delle condizioni necessarie per accedere al suicidio medicalmente assistito, estendendo la possibilità di accesso anche a soggetti affetti da patologie irreversibili e sofferenze insopportabili, ma non mantenuti in vita da terapie salvavita.

La Corte costituzionale però ha respinto tutte le eccezioni di legittimità, confermando «integralmente»⁴⁵ il proprio orientamento del 2019 ed anzi ribadendo come il requisito in

⁴² Così definiti nella maggioranza della letteratura internazionale scientifica sapientemente analizzata in ALBORE M. ET AL., *Il vincolo della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale: un paradosso nella legittimità della morte volontaria medicalmente assistita? Dichiarazione bioetica e panoramica della letteratura alla luce dell'ultima pronuncia della Corte costituzionale*, in *Riv. It. Med. Leg.* 1-2/2024, 16 e a cui interamente si rinvia per un approfondimento sul tema.

⁴³ Già la Corte d'Assise di Massa con sentenza del 27 luglio 2020 aveva introdotto una definizione estensiva di TSV laddove vi aveva ricompreso «qualsiasi trattamento sanitario interrompendo il quale si verificherebbe la morte del malato anche in maniera non rapida», par. 15.2 della decisione. Il testo della decisione è disponibile in [Biodiritto.org](#), nella sezione Dossier “*La disciplina del fine vita in Italia*”.

⁴⁴ Trib. di Firenze, sez. G.i.p., ordinanza 17 gennaio 2024.

⁴⁵ [Corte cost., sent. 18 luglio 2024, n. 135](#), par. 6 del “*Considerato in diritto*”.



questione svolga, in assenza di un intervento legislativo, un «ruolo cardine» nella logica della soluzione individuata dalle pronunce Cappato qualche anno prima⁴⁶.

Tuttavia, pur decidendo di non abbattere il requisito contestato, la Corte ha ancora una volta scelto, senza strappi né rotture, di farsi carico – laddove il legislatore ha mancato – della responsabilità di prendere posizione. E lo ha fatto posizionando i confini interpretativi dei TSV e ampliandone contestualmente la portata applicativa. In particolare, si sancisce il superamento di un approccio meramente tecnico, aprendo alla possibilità di includere tutte quelle procedure che, indipendentemente dal grado di complessità tecnica, di invasività e dal soggetto che le esegue – siano esse effettuate da personale sanitario o da *caregivers* –, «[...] 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»⁴⁷.

Resta quindi chiaro come, in assenza di un intervento legislativo e nonostante il rinnovato richiamo della stessa Consulta affinché «[...] il legislatore e il servizio sanitario nazionale intervengano prontamente ad assicurare concreta e puntuale attuazione ai principi fissati da quelle pronunce»⁴⁸, è toccato alla giurisprudenza costituzionale il compito gravoso di colmare un vuoto pressoché totale, muovendosi in un terreno normativo scarsamente presidiato⁴⁹ e, in questo, discostandosi anche dal più cauto approccio adottato dal Consiglio Nazionale per la Bioetica⁵⁰.

Il CNB, infatti, adito per un parere sulla materia, ha affermato che possono essere qualificati come trattamenti «di sostegno vitale» solo quegli interventi sanitari che svolgono una funzione di «[...] vera e propria 'sostituzione' di una funzione vitale che l'organismo è ormai del tutto incapace di assicurare autonomamente»⁵¹. La loro sospensione, pertanto, comporterebbe con certezza o elevata probabilità la morte del paziente nel breve termine. A differenza dei trattamenti ordinari – che, pur clinicamente rilevanti, svolgono un ruolo solo di supporto e non

⁴⁶ Ivi, par. 7.1. Questo perché la 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», mantenendo così fermo l'unico riferimento normativo in materia, ovvero la L. n. 219 cit.

⁴⁷ Ivi, par. 8.

⁴⁸ Ivi, par. 10.

⁴⁹ Unico riferimento normativo potrebbe rinvenirsi all'art. 1 c. 5 della L. n. 219/2017 che menziona il nutrimento o l'idratazione artificiali quali trattamenti sanitari cui il malato può rinunciare, anche qualora tale scelta conduca al decesso.

⁵⁰ Comitato Nazionale di Bioetica, *Risposta al quesito del CET Umbria sui trattamenti di sostegno vitale*, 20 giugno 2024, disponibile in [Bioetica.governo.it](https://www.bioetica.governo.it).

⁵¹ Ivi, par. 4, 8.



determinano di per sé un rischio immediato per la sopravvivenza – i TSV, secondo il CNB, non si limitano ad assistere l'organismo, ma suppliscono direttamente a una funzione vitale della quale il paziente ha ormai perso ogni residua autonomia⁵².

La controversa posizione espressa dal Consiglio Nazionale per la Bioetica⁵³ – ancor più significativa alla luce della sua recente rinnovata composizione che ne riflette l'attuale orientamento politico-istituzionale⁵⁴ – si inserisce così in un quadro di tensione latente ma crescente tra poteri dello Stato. Una tensione che si manifesta, da un lato, nell'autorevole e dinamico ruolo assunto dalla giurisprudenza costituzionale nell'interpretazione e nell'attuazione dei diritti fondamentali; dall'altro, nella prudenza – se non nella resistenza – di organi che, pur consultivi, esprimono una visione maggiormente ancorata a posizioni politico-culturali di parte.

Chiarita la portata del nuovo “episodio” giurisprudenziale sui trattamenti di sostegno vitale, è ora possibile coglierne le criticità residue. Anche se, infatti, la Corte ne ha ribadito la centralità e ne ha ridefinito i contorni applicativi⁵⁵, il requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale continua a sollevare interrogativi teorici e tensioni pratiche.

A sei anni dalla sentenza Cappato, la domanda è inevitabile: è davvero ragionevole insistere su un requisito che, di fatto, esclude pazienti accomunati da uguale intensità di sofferenza fisica e psichica? Tanto più se si considera che la previsione di tale requisito rappresenta un unicum nel panorama comparato, con l'effetto paradossale di negare l'accesso al suicidio medicalmente assistito a numerosi malati terminali — in particolare pazienti oncologici — i quali, pur versando in condizioni di estremo decadimento fisico e soddiscando gli altri tre requisiti, non sono formalmente mantenuti in vita da trattamenti di sostegno vitale⁵⁶.

Qui più che altrove, quindi, l'intervento del legislatore appare non solo auspicabile, ma fortemente necessario anche attraverso strumenti regolativi o linee guida tecniche – eventualmente predisposti in collaborazione con il Ministero della Salute – capaci di offrire

⁵² Come osservato sapientemente in ALBORE M. ET AL., *Il vincolo della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale: un paradosso nella legittimità della morte volontaria medicalmente assistita?*, cit., 13, tale argomentazione crea un paradosso in quanto, secondo tale distinzione, l'idratazione e la nutrizione artificiali non rientrerebbero nella definizione di TSV, al contrario invece di quanto ormai già ampiamente affermato oltre in giurisprudenza e nella letteratura medico-scientifica.

⁵³ La risposta del CNB, infatti, non ha raccolto l'adesione unanime di tutti i suoi componenti, registrando contestualmente anche una “risposta di minoranza” al quesito per cui cfr. Comitato Nazionale di Bioetica, *Risposta al quesito del CET Umbria sui trattamenti di sostegno vitale*, cit., 15 e ss.

⁵⁴ La recente riformulazione della composizione del CNB, avvenuta su impulso dell'attuale Governo con DPCM del 6 dicembre 2022, ha infatti determinato un significativo riorientamento del profilo istituzionale e valoriale dell'organo, incidendo sulla posizione finora assunta in merito al suicidio medicalmente assistito.

⁵⁵ L'ultimo riferimento è alla recente sentenza della [Corte costituzionale n. 66 del 20 maggio 2025](#), in cui la Consulta ha nuovamente ribadito il ruolo imprescindibile del requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale.

⁵⁶ Così si osserva in ALBORE M. ET AL., *op. cit.*, 20.



parametri condivisi, aggiornabili e scientificamente fondati. Solo in tal modo sarebbe possibile garantire ai cittadini un'effettiva certezza del diritto e, al contempo, evitare che siano i giudici – da soli – a farsi carico della definizione di concetti medici altamente specialistici che richiederebbero piuttosto un indirizzo politico e tecnico organico.

È ormai evidente che il tempo delle supplenze interpretative è finito. Senza un intervento normativo chiaro, il rischio è che i diritti fondamentali restino affidati a una giurisprudenza che, per quanto autorevole, non può supplire né all'assenza di una volontà politica, né alla complessità di valutazioni che richiedono competenze scientifiche, visione sistemica e assunzione piena di responsabilità istituzionale.

4. *Il ruolo dell'amministrazione e dei Comitati etici: locus solvendi o impasse?*

La [sentenza n. 242 del 2019](#) oltre a richiedere a coloro che vogliono accedere alla procedura medicalizzata di assistenza al suicidio i quattro noti requisiti “sostanziali”⁵⁷, affida la verifica della sussistenza di tali circostanze e delle modalità di esecuzione ad una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del «comitato etico territorialmente competente»⁵⁸. Ne risulta, quindi, un dispositivo che, pur nel silenzio del legislatore, affida a soggetti dell'amministrazione – e, soprattutto, a organi come i Comitati etici, tradizionalmente confinati a ruoli (purtroppo) marginali – una responsabilità inedita, tanto nella gestione del procedimento quanto nella definizione sostanziale delle condizioni di accesso a una prestazione del tutto nuova, i cui confini applicativi restano ancora incerti.

Se la giurisprudenza costituzionale ha quindi assunto – e in parte subito – l'onere di tracciare i confini normativi minimi entro cui può configurarsi la liceità dell'aiuto al suicidio, è sull'amministrazione che grava conseguentemente il compito di dare concreta attuazione a quei principi, traducendoli in procedure, prassi applicative e decisioni operative. Ma nel farlo, essa non si limita ad eseguire: interpreta, seleziona, pondera. E così facendo, anch'essa finisce per ridefinire il proprio ruolo nel già descritto contesto di tensione tra potere legislativo e giudiziario, muovendosi lungo un confine sottile tra attuazione tecnica e scelta giuridico-politica.

Nello scenario fin qui descritto in cui, quindi, la ridefinizione dei ruoli istituzionali coinvolge inevitabilmente anche il versante amministrativo, chiamato a farsi carico di una funzione non solo attuativa, ma in parte anche creativa dell'assetto regolativo in materia di fine vita, si

⁵⁷ Come già anticipato *supra*, la richiesta di aiuto al suicidio deve provenire da una persona a) affetta da una patologia irreversibile e b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ritiene 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.

⁵⁸ [Corte cost., sent. 22 novembre 2019, n. 242](#), punto 5 del *Considerato in diritto*.



impone una riflessione che potrebbe snodarsi su tre nodi interpretativi fondamentali che qui si cercherà di richiamare.

In particolare, si farà riferimento (a) al valore giuridico della sentenza n. 242/2019 come parametro (necessario o sufficiente?) di legalità per l'azione amministrativa; (b) alla reale consistenza del diritto in questione, ovvero se ci si trovi di fronte a una posizione soggettiva pienamente pretensiva – tale da fondare un diritto effettivo a ottenere la prestazione del suicidio medicalmente assistito – oppure a un mero interesse procedimentale, limitato alla possibilità di attivare un *iter* di verifica delle condizioni richieste dalla giurisprudenza costituzionale e, da ultimo (c) alla posizione dei Comitati etici, il cui ruolo – tanto operativo quanto simbolico – solleva interrogativi non marginali in merito alla coerenza del sistema rispetto ad esigenze di uniformità.

Partendo dalla prima questione (a), l'interrogativo che si impone come prodromico in verità per qualsiasi considerazione che involga un'attività amministrativa riguarda la compatibilità di questa con i principi di tipicità e legalità. In particolare e per quanto qui di interesse, bisognerebbe vagliare la legittimità di un'azione amministrativa chiamata a tradurre concretamente i principi costituzionali in materia di fine vita così come delineati dalla [sentenza n. 242 del 2019](#), nonostante l'assenza di una qualsivoglia normativa legislativa che ne riconosca la legittimità⁵⁹. Le risposte potrebbero essere le seguenti.

Da un lato, aderendo ad una visione rigorosa dei suddetti principi, si dovrebbe ritenere che l'amministrazione possa agire legittimamente solo in presenza di un'espressa «autorizzazione legislativa». In questo schema, l'azione amministrativa è rigidamente vincolata al testo di legge che, tuttavia, nel caso della [sentenza n. 242 del 2019](#) e dell'assistenza al suicidio di cui trattasi, risulta assente.

Risultato diverso, invece, si ottiene se si riconosce all'amministrazione un compito nell'attuazione diretta del «progetto costituzionale». Nell'ottica, quindi, di un'amministrazione pienamente «costituzionalizzata», si arriverebbe ad affermare come il principio di legalità non possa esaurirsi nel mero rispetto formale della legge, ma si tradurrebbe in un obbligo sostanziale di conformarsi anche ai principi costituzionali e agli orientamenti giurisprudenziali.

In verità, questo secondo approccio sarebbe da preferire in quanto riesce a superare la visione statica e rigida del ruolo amministrativo, riconsegnando all'amministrazione la funzione di garante e promotore dell'effettività dei diritti e tenendo conto dell'ormai fisiologico concorso dei formanti legislativo e giurisprudenziale nella produzione normativa⁶⁰. La [sentenza n. 242 del 2019](#) di conseguenza, pur nel silenzio legislativo, può e, anzi, deve assumere valore di parametro di legalità per l'azione amministrativa. I vincoli stringenti che essa impone, infatti, assicurano un quadro normativo sufficientemente determinato tale da

⁵⁹ La questione è ampiamente esaminata in N. VETTORI, *Amministrazione e Costituzione. A proposito dell'attuazione della sentenza della Corte costituzionale sull'aiuto al suicidio*, in *Diritto pubblico*, 2/2022, 547 e ss.

⁶⁰ Ivi, 566 e ss.



escludere derive discrezionali o arbitrarie e, dunque, una presunta violazione del principio di legalità.

Passando alla seconda questione (b) e, al fine di cogliere appieno il significato dell'attività richiesta alle amministrazioni, è inevitabile chiedersi: la Corte costituzionale si è limitata ad imporre all'amministrazione sanitaria un semplice onere procedurale di verifica dei requisiti dettati o, al contrario, ha sancito la nascita di un vero e proprio diritto soggettivo pretensivo in capo al paziente ad ottenere la prestazione di suicidio medicalmente assistito?

Sebbene finora più voci del dibattito abbiano ritenuto erroneo inferire dalle pronunce della Consulta l'esistenza di un diritto soggettivo all'erogazione di prestazioni di suicidio medicalmente assistito⁶¹ – e dunque l'assenza di un obbligo in capo ai medici di procedere⁶² – la recentissima [sentenza n. 132 del luglio 2025](#)⁶³ segna un inequivocabile passo avanti lungo il solco tracciato dalle decisioni Cappato, sgomberando il campo da ogni residuo dubbio interpretativo e rafforzando con nettezza l'idea che il paziente versi oggi in una posizione soggettiva pienamente tutelata.

La pronuncia è occasionata da una richiesta di controllo di legittimità costituzionale da parte del Tribunale di Firenze dell'art. 579 c.p. nella parte in cui tale norma non esclude la punibilità del terzo che materialmente attui la volontà suicidaria del richiedente quando questo, per impossibilità fisica e per assenza di strumentazione idonea, non possa procedervi autonomamente. In tale decisione la Corte, pur dichiarando inammissibile la questione per carenza di motivazione, ha infranto ogni dubbio in merito all'interrogativo che si va esaminando, affermando che la persona nei confronti della quale sia stata positivamente accertata la sussistenza di tutti i requisiti stabiliti dalla giurisprudenza «[...] 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»⁶⁴.

Tale affermazione, netta e inequivocabile, sancisce dunque che l'accesso alla procedura non si riduce a una mera fase di controllo dei requisiti necessari, ma costituisce un diritto effettivo

⁶¹ Così, ad esempio, G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio, i rilievi dell'Avvocatura Generale dello Stato, le forzature del Tribunale di Trieste e della commissione nominata dall'azienda sanitaria*, [cit.](#), 73 o M. G. NACCI, [cit.](#), 104, in cui si afferma «[...] in nessun caso è configurabile, a carico di alcuno, il dovere di rispondere positivamente a quelle "richieste", un'obbligazione di prestare assistenza al suicidio di un'altra persona».

⁶² In verità espressamente escluso dalla [sent. n. 242/2019 cit.](#), in cui al par. 6 del *Considerato in diritto* si legge «[...] 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 [...]».

⁶³ [Corte cost., sent. 25 luglio 2025, n. 132.](#)

⁶⁴ Ivi, par. 4.2. del *Considerato in diritto*.



e concreto che l'amministrazione è tenuta a garantire e attuare, con tutti gli strumenti necessari. Imprimendo dunque un carattere apertamente pretensivo, è possibile oggi affermare come la Consulta nel percorso fin qui descritto non si sia limitata a neutralizzare la rilevanza penale di certe condotte, ma ha imposto obblighi positivi e concreti, spostando l'intero impianto giuridico dalla logica della scriminante a quella del diritto pienamente esigibile.

Di conseguenza, si delineano finalmente e con chiarezza le responsabilità del Servizio sanitario nazionale che deve non solo quindi verificare i requisiti, ma anche assicurare il supporto e le condizioni materiali per l'effettiva realizzazione del suicidio assistito.

Resta infine da affrontare un terzo e non meno rilevante profilo interpretativo (c), ovvero quello che investe la posizione dei Comitati etici nel procedimento delineato dalla [sentenza n. 242 del 2019](#)⁶⁵. Nel piano dell'attuazione concreta del nuovo diritto a carattere prestazionale creato dalla Corte costituzionale vengono infatti chiamati in causa quelli che sono «i comitati etici territorialmente competenti» a cui si attribuisce una funzione di controllo sulle condizioni di applicazione della sentenza⁶⁶.

Sull'indicazione del «comitato etico territorialmente competente» si è creata una accesa discussione sul tipo di Comitato a cui la Corte voleva fare riferimento⁶⁷, in quanto nel sistema sanitario nazionale risultano operative almeno due tipologie di Comitati etici⁶⁸, ovvero quelli che si occupano di sperimentazioni cliniche e quelli coinvolti nell'attività clinica o assistenziale.

⁶⁵ La questione è stata affrontata da L. BUSATTA, *La funzione costituzionalmente necessaria dei comitati etici*, in *Responsabilità medica*, 2/2025, 223 e ss.; C. PETRINI, *Il ruolo dei Comitati etici e delle commissioni per la valutazione clinica ai sensi della sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale*, in M.G. SALVADORI (a cura di), *Scelte e cure di fine vita: profili giuridici, etici, clinici. Scenari europei a confronto*, Torino, 2024, nonché G. BATTAGLIA, *L'etica clinica nelle determinazioni effettive del biodiritto: quale (possibile) ruolo per i comitati etici nell'ambito del fine vita?*, in [DPCE online](#), 3/2020, 3429 ss.

⁶⁶ Corte cost., [sent. n. 242 del 2019](#), punto 5 del *Considerato in diritto* in cui si legge: «[...] 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»)».

⁶⁷ Sul tema cfr. G. BATTAGLIA, [cit.](#)

⁶⁸ Il Comitato etico è definibile come un organismo composto da una serie di diverse personalità (sanitari e non) che affronta le problematiche etiche connesse alla scienza della salute e a politiche sanitarie. In particolare,



Se infatti parrebbe ragionevole che ad occuparsi di richieste di assistenza al suicidio fossero i cd. *Health care/Hospital Ethics Committees*⁶⁹, ovvero i Comitati etici coinvolti nella gestione delle delicate questioni che si pongono durante la pratica clinica ospedaliera, pur questi non essendo mai stati disciplinati uniformemente dal legislatore italiano e la cui istituzione è stata rimessa nel tempo alle sensibilità dei diversi contesti regionali⁷⁰, la locuzione «territorialmente competenti» utilizzata dalla Corte costituzionale nella sent. n. 242 sembrerebbe invece indirizzare la scelta verso quelli che sono i Comitati etici territoriali (cd. *CET*), ovvero comitati la cui funzione precipua è la valutazione di sperimentazioni cliniche⁷¹.

l'Unesco afferma che: «[...] a 'bioethics committee' is a committee that systematically and continually addresses the ethical dimensions of (a) the health sciences, (b) the life sciences and (c) innovative health policies. The term 'bioethics committee' simply signals that a group – a chairperson and the members – will meet to address issues that are not simply factual but are profoundly normative», UNESCO, *Guide No. 1: Establishing Bioethics Committee*, France, 2005, p. 12.

⁶⁹ L'Unesco in una delle sue guide dedicate ai Comitati di Bioetica, in particolare nella «*Guide No. 1 - Establishing Bioethics Committees*» del 2005 distingue almeno quattro tipologie di Comitati etici sviluppatasi nel tempo in relazione alle funzioni che sono stati chiamati a svolgere: 1) PMAs (*Policy-Making and/or Advisory Committees*), ovvero Comitati etici con funzioni consultive nei confronti di organismi istituzionali (parlamenti, governi etc.); 2) HPAs (*Health-Professional Association Committees*), ovvero Comitati etici delle associazioni dei professionisti della salute; 3) HECs (*Health care/Hospital Ethics Committees*), ovvero Comitati etici coinvolti nelle questioni che si pongono durante la pratica clinica ospedaliera e 4) RECs (*Research Ethics Committees*), ovvero Comitati etici coinvolti nelle sperimentazioni cliniche. Così in UNESCO, *Guide No. 1: Establishing Bioethics Committee*, cit., p. 20.

⁷⁰ Nel contesto italiano la presenza dei comitati per l'etica clinica non è mai stata organica e sistematizzata, in quanto la precisa scelta di istituire un organo deputato alla funzione consultiva in relazione all'attività assistenziale è stata storicamente messa in atto solo da un numero limitato di Regioni (es. Veneto, Toscana). In quasi tutte le altre, invece, la consulenza per casi clinici ha sempre rivestito un ruolo assolutamente marginale, in quanto è stata affidata agli stessi Comitati che si occupano di sperimentazioni cliniche che, tuttavia, hanno un carico di lavoro che rende quasi impossibile dedicare tempo anche a tale attività. Per una ricostruzione della presenza dei Comitati etici in ambito nazionale si veda per tutti E. FURLAN, *Comitati etici in sanità: storia, funzioni, questioni filosofiche*, Franco Angeli, Milano, 2015; C. DI COSTANZO, *I comitati di bioetica per la pratica clinica: un universo da esplorare (e disciplinare)*, in *Rivista di BioDiritto*, 3/2017, 303-324 e si consenta di rinviare anche a R. SIGNORELLA, *I Comitati etici nel sistema sanitario nazionale a due anni dalle riforme: spunti di riflessione*, in *Corti Supreme e salute*, 1/2025.

⁷¹ I Comitati etici territoriali (CET) – quaranta su tutto il territorio nazionale – sono stati introdotti dalla Legge 11 gennaio 2018, n. 3. *Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute* (G.U. 31 gennaio 2018, 25). La disciplina di dettaglio relativa al loro funzionamento è rinvenibile in quattro decreti ministeriali attuativi della L. n. 3 del 2018 (pubblicati in G.U. 7 febbraio 2023, 31): il decreto 26 gennaio 2023: «*Individuazione di quaranta comitati etici territoriali*»; il decreto 30 gennaio 2023: «*Definizione dei criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici territoriali*»; il decreto 27 gennaio 2023: «*Regolamentazione della fase transitoria ai sensi dell'articolo 2, comma 15, della legge 11 gennaio 2018, n. 3, in relazione alle attività di valutazione e alle modalità di interazione tra il Centro di coordinamento, i comitati etici territoriali, i comitati etici a valenza nazionale e l'Agenzia italiana del farmaco*»; e il decreto 30 gennaio 2023: «*Determinazione della tariffa unica per*



A questi ultimi, infatti, istituiti recentemente nell'ambito di quelle riforme che l'Italia ha messo in atto per adeguarsi al Regolamento dell'Unione Europea n. 536/2014 in tema di sperimentazioni⁷², è riservato in via esclusiva il compito di valutare le sperimentazioni cliniche di fase I, II, III e IV sui medicinali per uso umano ai sensi Regolamento (UE) n. 536/2014, nonché di valutare le indagini cliniche sui dispositivi medici e gli studi osservazionali farmacologici⁷³.

Sebbene la funzione di valutare le sperimentazioni cliniche appare nettamente distante da quella di esaminare le richieste di assistenza al suicidio – in termini di temi trattati, problematiche affrontate, tipologia di parere da formulare e competenze richieste – qualcuno ha cominciato comunque a ritenere che, parlando di «comitati territorialmente competenti», la Corte intendesse fare riferimento proprio ai «Comitati etici territoriali» (CET), forse a causa dell'assonanza letterale tra i termini o perché i CET, a differenza dei comitati per l'etica clinica, sono gli unici ad essere presenti in maniera quasi omogenea e sistematizzata sul territorio nazionale.

Tuttavia, a voler essere rigorosi, le due espressioni – comitati territorialmente competenti e comitati etici territoriali – potrebbero non necessariamente significare la stessa cosa, in quanto l'espressione «comitati etici territorialmente competenti» potrebbe includere anche altri comitati etici, come ad esempio i comitati per l'etica clinica presenti in varie Regioni italiane.

Sul punto è intervenuto nuovamente il CNB che, adito dal Ministero della Salute per offrire una risposta all'interrogativo in esame, ha ritenuto possibile affidare la competenza ai nuovi Comitati etici territoriali (CET), presenti in modo uniforme sul territorio nazionale, pur lasciando aperta la possibilità di coinvolgere anche Comitati locali⁷⁴.

Tuttavia, la maggior parte della dottrina ha espresso perplessità rispetto a questa soluzione, ritenendo più adeguati i Comitati etici per la pratica clinica, sia per la loro composizione e finalità, sia per l'esperienza maturata, sottolineando come i Comitati per la sperimentazione siano strutturati principalmente per valutazioni tecnico-scientifiche su farmaci e dispositivi, con una competenza solo residuale in ambito clinico-sanitario.

Le incertezze interpretative così emerse sul tipo di comitato etico incaricato della valutazione, nonché naturalmente il vuoto normativo sul tema, hanno creato un contesto favorevole per l'intervento di diversi attori dell'ordinamento che hanno dunque sfruttato le

le sperimentazioni cliniche, del gettone di presenza e del rimborso spese per la partecipazione alle riunioni del Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici, dei comitati etici territoriali e dei comitati etici a valenza nazionale”.

⁷² Reg. (UE) n. 536/2014, “Regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 aprile 2014, sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che abroga la direttiva 2001/20/CE”.

⁷³ Art. 2, comma 10 della legge n. 3 del 2018 e art. 1 commi 1 e 2 del d.m. 26 gennaio 2023.

⁷⁴ Comitato Nazionale di Bioetica, *Risposta al Quesito del Ministero della Salute del 2 gennaio 2023*, 24 febbraio 2023. Per un'analisi del parere in questione cfr. L. BUSATTA, *Comitati etici e assistenza al suicidio: la posizione del Comitato Nazionale per la Bioetica*, in [Responsabilità medica](#), 3/2023, 289 e ss.



debolezze burocratiche storicamente presenti nell'assetto dei Comitati etici italiani per promuovere o contrastare il riconoscimento del diritto all'assistenza al suicidio.

Con nota del novembre 2021, indirizzata ai Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome e alla Conferenza Stato-Regioni, il Ministero della Salute si è quindi rivolto ai contesti territoriali innanzitutto sottolineando la sussistenza di «[...] una responsabilità del Servizio Sanitario nazionale a dare concreta attuazione a quanto statuito dalla Corte costituzionale [...]» ma soprattutto esortando questi enti ad individuare, nel termine di 60 giorni, i Comitati etici aventi funzione consultiva in materia di suicidio medicalmente assistito⁷⁵.

Chiamate in causa da questo richiamo, alcune regioni hanno pertanto risposto adottando approcci fisiologicamente diversi.

Ad esempio, la regione Puglia, con la deliberazione della giunta regionale n. 18 del 2023, è intervenuta affidando espressamente la valutazione richiesta dalla pronuncia della Corte al Comitato etico del Policlinico di Bari, il quale viene così chiamato ad esprimere «[...] il parere nel più breve tempo possibile, al fine di limitare le sofferenze fisiche e psicologiche del paziente» e stabilendo che le strutture sanitarie pugliesi sono tenute a dare attuazione in tutti i suoi punti alla sentenza della Consulta⁷⁶.

L'Emilia-Romagna, invece, con la deliberazione della giunta regionale n. 194 del 2024 ha dato vita ad un comitato completamente nuovo - il COREC (Comitato Regionale per l'Etica nella Clinica) - il quale oltre ad avere una generica funzione consultiva «[...] su casi eticamente problematici e sui processi decisionali nei quali sono presenti dilemmi o conflitti etici che richiedono un supporto di tipo etico», ha lo specifico compito di «fornire pareri relativi a richieste sul fine vita, per gli aspetti che esulano da quelli normati dalla Legge n. 219/2017»⁷⁷.

In senso diametralmente opposto, invece, si è posta la Lombardia che, in occasione dell'adozione di un regolamento unico di funzionamento per tutti i CET operanti sul suo territorio, ha puntualmente sottolineato come «Il presente Regolamento non si applica alle domande, ed ai correlati pareri, in materia di suicidio medicalmente assistito. [...]». In caso di ricezione di una domanda di suicidio medicalmente assistito, trattandosi di materia in cui è fondamentale il coinvolgimento del Servizio Sanitario Regionale (SSR), il CET territorialmente competente è tenuto ad informarne immediatamente Regione Lombardia. Ove quest'ultima

⁷⁵ Cfr. Ministero della Salute, GAB, 0020339-P-09/11/2021, l.8.d.m./2019/52. Per un'analisi delle richieste del Ministero della Salute e delle iniziative adottate dalle regioni, cfr. D. CONDUTI, *Fine vita e regioni: superare l'impasse legislativa ricorrendo a provvedimenti amministrativi?* in AA. VV., *La salute tra i diritti e nei territori: Questioni costituzionali nel rapporto Stato – Regioni*, a cura di D. Morana, Giappichelli, Torino, 2025, 249-264.

⁷⁶ Delibera della giunta della Regione Puglia n. 18 del 18 gennaio 2023, *“Attuazione sentenza Corte costituzionale 242/2019”* nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 9 del 24 gennaio 2023.

⁷⁷ Delibera Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 194 del 5 febbraio 2024, *“Costituzione del Comitato Regionale per l'Etica nella clinica”*, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 44 del 13 febbraio 2024.



non abbia individuato e designato un gruppo regionale unico di esperti incaricati del supporto ai CET, la composizione del CET per la valutazione della domanda ed il rilascio del parere dovrà essere integrata da almeno un rappresentante della DG Welfare, un rappresentante della competente ATS, delegato dal legale rappresentante, e da un medico anestesista rianimatore, un palliativista, un neurologo, uno psichiatra o psicologo e un rappresentante delle professioni infermieristiche, qualora tali professionalità non siano già presenti fra i componenti del CET. [...]»⁷⁸.

Del tutto diversa, invece, la scelta della Regione Toscana che, all'art. 3 della nuova legge *supra* esaminata, ha poi previsto l'istituzione – entro quindici giorni dall'entrata in vigore della stessa - di una nuova cd. Commissione multidisciplinare permanente avente il precipuo compito di verificare la sussistenza dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito, previo invio dell'istanza del richiedente anche ai Comitati per l'etica nella clinica da anni operanti nelle ASL Toscane⁷⁹.

La questione rimane comunque tuttora irrisolta, non avendo il Ministero della Salute ancora deciso se accogliere il parere del C.N.B. anche se, il ricorso di legittimità costituzionale promosso contro la legge toscana rivela un indirizzo restrittivo dell'Esecutivo, il quale ha stigmatizzato apertamente l'individuazione di Comitati diversi dai CET quali organi competenti sostenendo come non possa «[...] rimettersi la valutazione prevista dalla Corte ai fini della scriminante della responsabilità penale a organismi di volta in volta creati, con regole autonome, da ciascuna regione»⁸⁰.

In conclusione, la gestione delle procedure di suicidio medicalmente assistito resta oggi affidata alle singole Regioni, con evidenti rischi di disomogeneità e disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni, effetto ormai ben noto del regionalismo sanitario italiano.

In questo scenario, mentre il legislatore nazionale rimane immobile, alcune Regioni hanno scelto di percorrere le più rapide vie amministrative, facendo leva su strumenti flessibili come i Comitati etici per rendere effettivo il diritto delineato dalla Corte. Ne emerge così un potere amministrativo che, ben oltre la funzione esecutiva, assume un ruolo quasi regolativo,

⁷⁸ Art. 28 del Regolamento di funzionamento dei Comitati Etici Territoriali (CET) della Regione Lombardia.

⁷⁹ Artt. 3 e 4 della legge regionale 14 marzo 2025, n. 16, *“Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024”*.

⁸⁰ Ricorso per questione di legittimità costituzionale n. 20 del 16 maggio 2025 del Presidente del Consiglio dei Ministri, parr. 3.2. e ss. in cui si legge anche: «[...] In altri termini, secondo la Corte costituzionale, solo i comitati tecnici territoriali - siccome regolati in maniera uniforme sul territorio nazionale da disposizioni statali, e competenti, in via esclusiva, alla valutazione off label per fini compassionevoli di farmaci - possono essere interpellati per rendere i pareri che saranno poi rilevanti al fine di considerare non punibile, a fini penali, la condotta di chi asseconda la scelta di un paziente versante nelle condizioni individuate dalla Corte medesima. La Commissione non è, all'evidenza, uno dei comitati etici individuati nell'elenco allegato al decreto ministeriale Salute del 30 gennaio 2023, e non è neppure un comitato che possa ritenersi rientrante nella previsione di cui all'art. 1, comma 4, del decreto ministeriale Salute del 26 gennaio 2023 [...]».



muovendosi in uno spazio lasciato vuoto dal legislatore e segnato dall'intervento supplente del giudice costituzionale.

5. Osservazioni conclusive - nuove geometrie dei poteri: dialoghi o monologhi?

Giunti a questo punto, allora, rimane da chiedersi che direzione abbia preso il rapporto tra formanti nel quadro del principio di separazione dei poteri come classicamente inteso.

Di fronte all'incapacità del legislatore di fornire risposte univoche su temi eticamente sensibili, come il fine vita, la Corte costituzionale assume un ruolo guida. Tuttavia, da una parte, c'è chi vede nel *modus operandi* della Corte costituzionale l'imposizione inammissibile di una sorta di «legislazione coartata», seguita tra l'altro a ruota dai Tribunali di merito, mentre dall'altra parte c'è chi ritiene si tratti solo di una forma di «leale collaborazione» tra Corte e legislatore in cui la Corte, cioè, si avvede della fondatezza della questione di costituzionalità prospettatole, ma riconosce che è il Parlamento a cui spetta la prima parola, tuttavia avvertendolo che, alla scadenza del termine prefissato, riesaminerà la questione⁸¹.

Pur presentando entrambe le tesi evidenti profili di condivisibilità, quello che non si riesce però ad intravedere sono i termini minimi affinché possa dirsi di essere in presenza di un *rapporto* tra i due formanti considerati.

Il quadro finora delineato in materia di fine vita, infatti, mostra che il protrarsi della cd. inerzia legislativa sul tema, volontaria o meno che sia, conduca a concepire questo rapporto non come un *dialogo* tra Parlamento e corti, quanto piuttosto come un *monologo*, un procedere solitario della giurisprudenza che soccorre come meglio può le istanze emergenti in una società in continua trasformazione, nel solco di un'attività di innaturale supplenza del Parlamento.

E se qualcuno, con specifico riferimento ai rapporti tra Corte costituzionale e legislatore, ha incominciato ad intravedere un ribaltamento dei ruoli, passando «dal Parlamento che agisce alla Corte che reagisce ad una Corte che agisce ed un Parlamento che reagisce»⁸², rispetto al fine vita in verità si rischia di non intravedere nel Parlamento né un'azione né tantomeno una reazione, quanto piuttosto un vero e proprio inadempimento del legislatore italiano nello svolgere la funzione di rappresentanza e mediazione tra i diversi interessi in gioco che gli è (o dovrebbe essere) propria.

Ed allora, in questa dinamica, l'intervento della Corte non è un mero atto tecnico-giuridico, ma assume una vera funzione di moderazione dei conflitti sociali che, per l'incisività con cui

⁸¹ Per una panoramica del dibattito, cfr. N. ZANON, *I rapporti tra Corte costituzionale e legislatore alla luce di alcune recenti tendenze giurisprudenziali*, in federalismi.it, 3/2021, 91 e ss.

⁸² L'espressione è di R. ROMBOLI, *Corte costituzionale e legislatore: il bilanciamento tra la garanzia dei diritti ed il rispetto del principio di separazione dei poteri*, in questa *Rivista*, Studi 2021/III, 812 e ss.



interviene, assume il ruolo di una “terza camera”⁸³. Così facendo, la Corte continua instancabilmente nel nobile compito *del rendere giustizia costituzionale*, ovvero «[...] contribuire, anche in misura minima e marginale, a inverare la Costituzione nell’ordinamento, traendola dal rarefatto campo delle norme ‘super-primarie’, per farla diventare materia viva della convivenza sociale, presente negli accordi e nei conflitti, garanzia molecolare di libertà e di eguaglianza nella società civile e nei rapporti tra questa e l’autorità dello Stato»⁸⁴.

E seppur in tale opera di «eliminazione delle ferite alla Carta fondamentale» a cui vi provvede il giudice e non il legislatore si ravveda lo scardinamento del principio di separazione dei poteri o addirittura la creazione di un sistema in cui i decisori politici scelgono di non scegliere - «ma per sé fuoro»⁸⁵ -, rimane comunque preferibile «tra una Corte amante del quieto vivere, che spende il suo ingegno a trovare buone motivazioni per non decidere su questioni di grande rilevanza etico-sociale, civile e politica, e una Corte che si sforza – anche eccedendo, talvolta! – di non frustrare l’aspettativa di giustizia di cittadini che ad essa si rivolgono fiduciosi [...]», la seconda⁸⁶.

Ed è inoltre in questa frattura nel rapporto tra formante legislativo e giudiziario che il potere amministrativo si ridisegna in un assetto multiforme e tenta di recuperare la legittimazione pubblica tramite la rivalorizzazione di luoghi di riflessione differenti rispetto a quelli tradizionali, come potrebbero esserlo, ad esempio, proprio i Comitati etici che, dunque, divengono il mezzo attraverso cui si propongono procedure di conoscenza e valutazione condivisa che consentono di assicurare la tutela del pluralismo giuridico necessario per la costruzione delle nuove tutele.

Appare dunque sicuramente apprezzabile la scelta della Corte costituzionale di «accendere i riflettori»⁸⁷ su questi organismi che consentono, con la loro composizione multidisciplinare, di supportare concretamente il soggetto nella definizione del contenuto del proprio diritto al *fine vita*, ponendosi quindi come un *locus solvendi* del difficoltoso rapporto tra precetto giurisdizionale e silenzio del legislatore sopra esposto e come strumento di bilanciamento tra i diversi valori in gioco per addivenire alla soluzione di questioni molto delicate.

⁸³ Come è stato già affermato in dottrina, la Corte è «antropologicamente portatrice di due “anime”, quella politica e quella giurisdizionale» e, a causa di questa doppia natura, si è arrivati anche a concepirla come una vera e propria terza camera per il ruolo di co-legislatore da essa assunto in numerose decisioni. Così in E. COCCHIARA, *L’evoluzione dei moniti della Corte costituzionale al legislatore: un bilancio a settant’anni dalla L. 87 del 1953*, [cit.](#), 15.

⁸⁴ G. SILVESTRI, [cit.](#), 36.

⁸⁵ Dante Alighieri, *Inferno*, III, 37–39: «*Mischiate sono a quel cattivo coro / de li angeli che non furon ribelli / né fur fedeli a Dio, ma per sé fuoro.*».

⁸⁶ G. SILVESTRI, [cit.](#), 36.

⁸⁷ L. BUSATTA, *Comitati etici e assistenza al suicidio: la posizione del Comitato Nazionale per la Bioetica*, [cit.](#), 292.



D'altra parte, tuttavia, non è possibile fare a meno di considerare le conseguenze, già ben note, del regionalismo sanitario italiano che, storicamente, ha portato spesso alla nascita di "diritti a più velocità", con cittadini che, a seconda della propria regione di residenza, possono avere accesso a livelli di assistenza sanitaria diversi, spesso influenzati da vincoli economici e differenze organizzative locali.

Il coinvolgimento dei Comitati etici e, in generale del servizio sanitario nazionale da parte della Corte, dunque, se non supportato da una chiara definizione legislativa che garantisca uniformità su tutto il territorio nazionale, rischia di tradursi in un'impasse.

In conclusione, se dunque è ormai possibile riconoscere che «*libertas in legis 'non iam' consistit*»⁸⁸, è comunque essenziale che il legislatore riesca ad intervenire almeno sui profili procedurali delle questioni in discussione. Un intervento normativo mirato permetterebbe di stabilire chiare linee guida e criteri operativi, garantendo così un'applicazione uniforme dei diritti e delle tutele stabiliti ed affermati altrove. In questo modo, il legislatore avrebbe l'opportunità di riaffermare la propria funzione all'interno del sistema democratico, garantendo non solo un equilibrio tra i poteri, ma anche una risposta efficace e tempestiva alle esigenze della società.

⁸⁸ Il broccardo «*libertas in legis consistit*» trae origine dalla tradizione giuridica e filosofica latina e riflette l'importanza che i Romani attribuivano alla legge come garanzia delle libertà individuali.