

Notazioni medico-legali intorno alla sentenza della Corte costituzionale n. 66 del 2025 e ai casi clinici ad essa sottesi*

Fabio Cembrani**

SOMMARIO: 1 Introduzione. – 2. La nuova casistica clinica affrontata dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 66 del 2025. – 3. Le apparenti similitudini e le franche diversità dei due casi clinici che hanno sollevato l'incidente di costituzionalità. – 4. Ma siamo proprio certi che le terapie farmacologiche e i rimedi proposti ai due pazienti fossero futili e sproporzionati? – 5. L'ammonimento reiterato rivolto al legislatore ed il nuovo monito della Corte costituzionale. – 6. Conclusioni.

ABSTRACT:

A partire dai due casi clinici alla base dell'incidente di costituzionalità formulato dal Giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Milano, l'Autore esamina quei contenuti della sentenza n. 66 del 2025 della Corte costituzionale dall'effetto pratico nella relazione di cura. Evidenzia, in particolare, come la sentenza in commento abbia confermato la dilatazione dei requisiti di non punibilità dell'aiuto medico al suicidio definita dalla precedente giurisprudenza costituzionale. Esamina, infine, i nuovi moniti rivolti dalla Corte al legislatore focalizzandosi su quello con cui si auspica la miglior assistenza e presa in carico domiciliare di ogni persona malata che può sempre diventare lo spartiacque tra la scelta di continuare a vivere e quella di morire.

Starting from the two clinical cases underlying the constitutional challenge raised by the Judge for Preliminary Investigations of the Court of Milan, the author examines the content of the Constitutional Court's ruling no. 66 of 2025 that has practical implications for the treatment relationship. He highlights, in particular, how the ruling in question confirmed the expansion of the requirements for non-punishability of medical assistance in suicide established by previous constitutional jurisprudence. Finally, he examines the Court's new warnings to the legislator, focusing on the one calling for the best possible care and home care for every patient, who can always become the dividing line between the choice to continue living and the choice to die.

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Medico legale, Professore a contratto Università di Verona.

1. Introduzione

La sentenza n. 66 del 27 marzo-20 maggio 2025, aggiunge un altro tassello alla delicatissima questione del fine-vita. Anche questa volta, la Corte costituzionale impiega solide argomentazioni valoriali¹ nel solco tracciato dall'interpretazione creativa² operata con la sentenza n. 242 del 2019, confermando la possibilità di un prossimo *restyling* dei requisiti sostanziali fissati per la non punibilità di chi agevola l'altrui condotta suicidaria nella forma dell'aiuto al suicidio medicalmente assistito³. Un passo decisivo in questa direzione era stato compiuto dal giudice costituzionale con la sentenza n. 135 del 2024⁴ all'esito delle questioni di legittimità sollevate dal Giudice per le indagini preliminari del Tribunale ordinario di Firenze con ordinanza del 17 gennaio 2024⁵, questioni tutte ritenute non fondate, anche se l'effetto finale dell'interpretazione di rigetto era stato quello di dilatare il perimetro dei trattamenti di sostegno vitale (da qui in avanti TSV) facendo in essi rientrare anche tutte «quelle procedure che [...] potrebbero [essere] apprese da familiari o 'caregivers' che si facciano carico dell'assistenza del paziente» (punto 8 del *Considerato in diritto*). In quella specifica circostanza si trattava di una persona affetta da una patologia neurologica (sclerosi multipla) non ancora sottoposta ad alcun TSV la quale, dopo aver scelto di morire con il suicidio assistito, era stata trasportata da M.C. in Svizzera⁶ dove questa pratica medica è considerata lecita. La sentenza n. 66 del 2025 conferma tale precedente, rigettando le questioni poiché il giudice *a quo* (il quale aveva pronunciato l'ordi-

¹ A. LAMORGESE, *L'interpretazione creativa del giudice non è un ossimoro*, in *Questione Giustizia*, 2016, n. 4.

² Sull'interpretazione creativa della Corte costituzionale il rinvio d'obbligo è a M. LUCIANI, *Interpretazione conforme a costituzione*, in *Enc. dir., Ann.*, IX, Milano, 2016, p. 391.

³ Su tale pronuncia si rinvia, tra l'altro, a 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*, 2019, n. 3; L. EUSEBI, *Il suicidio assistito dopo Corte cost. n. 242/2019. A prima lettura*, in *Corti supreme e salute*, 2019, n. 2; 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 costituzionale*, 2020, n. 1, p. 286; 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. ecclesiastica*, 2019, n. 3; S. TRENTANOVI, G. BATTÀ GOTTARDI, *Aiuto al suicidio e profili giuridici del fine vita dopo la sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019, Commento alla sentenza 242/2019 della Corte costituzionale sull'art. 580 c.p.*, in E. Lamarque (a cura di), *Aiuto al suicidio e profili giuridici del fine vita dopo la sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019* (in Corte costituzionale, Studi e ricerche, febbraio 2021),

⁴ Mi si permetta il rinvio a F. CEMBRANI, *L'art. 580 c.p. (aiuto al suicidio) torna a bussare alla porta della Corte costituzionale*, in *Responsabilità medica*, 2024, n. 2.

⁵ F. VIVALDELLI, *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*, 2024, n. 3.

⁶ Corte cost., sent. 18 luglio 2024, n. 135. Sulla decisione si rinvia a A. RUGGERI, *La Consulta equilibrista sul filo del fine-vita (a prima lettura di Corte cost. n. 135 del 2024)*, in *Consulta Online*, 2024, fasc. 2, pp. 931 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*, *ibid.*, pp. 693 ss.; F. CEMBRANI, *Ricadute pratiche della sentenza n. 135 del 2024 della Corte costituzionale che, pur non smentendo sé stessa, ha (di fatto) esteso il diritto di accesso alla morte medicalmente assistita*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, 2025, n. 2.

nanza di remissione prima del deposito della sentenza n. 135 del 2024) ha erroneamente ritenuto che per la sussistenza delle condizioni di non punibilità dell'aiuto al suicidio e, in particolare, di quella concernente i TSV, questi debbano essere già in corso di esecuzione e non sia invece sufficiente siano stati proposti ma non accettati dal paziente. Sicché, la Corte sceglie di rispondere alle questioni poste con i medesimi argomenti utilizzati nella precedente decisione. Ciò che però non viene adeguatamente considerato è che i due casi oggetto dei giudizi principali, benché siano stati, sul piano fattuale, assimilati dal giudice *a quo* nella propria ordinanza e trattati unitariamente sotto il profilo giuridico, ponessero di fronte a scenari clinici assai diversi.

Tra queste differenze, pare doversi sottolineare specialmente quella della “prognosi infausta a breve termine”, la quale ha un ruolo molto importante nel valutare se il paziente, non ancora tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale, potrebbe accedere al suicidio medicalmente assistito in quanto “tenibile in vita” da trattamenti di sostegno vitale. Sicché, la mancata considerazione della differenza, sotto questo profilo, dei due casi clinici rischia, nel futuro, di far ritenere applicabili i principi enunciati dalla Corte anche a situazioni diverse dal caso intorno al quale il giudice costituzionale, nella sentenza n. 135 del 2024, ha creato una nuova regola o, se si vuole, ha enunciato un'interpretazione autentica della vecchia. Un rischio che accentua l'inclinazione del pendio scivoloso⁷ inaugurato dalla Corte nel 2019.

2. La nuova casistica clinica affrontata dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 66 del 2025

Per ciò che risulta dall'ordinanza di remissione del 21 giugno 2024 del Giudice per le indagini preliminari del Tribunale ordinario di Milano con la quale sono state sollevate le nuove questioni di legittimità e dal *Ritenuto in fatto* della sentenza qui in esame, il primo dei due casi clinici riguardava una donna (E.A.), non è dato sapere di quale età, imprenditrice, alla quale, nel giugno del 2021, era stata diagnosticata una gravissima patologia neoplastica maligna (microcitoma polmonare) trattata con un primo ciclo di polichemioterapia e che, dopo pochi mesi, si era purtroppo diffusa con metastasi localizzate all'encefalo, ai reni e al cuoio capelluto per cui si era necessario un innesto cutaneo che non aveva attecchito lasciando un'ampia esposizione delle ossa della base del cranio. La malattia oncologica, nonostante la terapia chemioterapica e la successiva immunoterapia, progredì rapidamente con la comparsa di nuove localizzazioni secondarie e con una ripresa a livello locale produttiva di gravi difficoltà respiratorie che convinsero i curanti a proporre

⁷ Si veda su questa complessa questione G. FORNERO, *Indisponibilità e disponibilità della vita. Una difesa filosofico-giuridica del suicidio assistito e dell'eutanasia volontaria*, Milano, 2020, p. 50.

alla donna un ulteriore ciclo chemioterapico di 2^a linea che la stessa rifiutò nel giugno del 2022 ravvisandone l'inutilità (futilità) terapeutica prima di presentare all'Ufficio di Stato civile comunale, dove si recò personalmente con il marito indicato come suo fiduciario, la sua disposizione anticipata di trattamento (DAT) con l'espresso rifiuto di essere sottoposta a terapie salvavita. Ciò che risulta dalla ricostruzione processuale dei fatti è che la paziente sapeva perfettamente di essere affetta da una malattia incurabile e che, per l'esperienza personale maturata nell'assistenza dei suoi familiari (di un fratello in particolare affetto da fibrosi polmonare), la stessa aveva una chiara rappresentazione di quanto fosse atroce morire soffocata non volendo comunque gravare di ulteriori sofferenze il marito e la figlia che l'avrebbero dovuta accudire nelle fasi terminali della malattia. Per queste ragioni aveva autonomamente iniziato a far ricerche su Internet per individuare quali potevano essere le strutture che avrebbero potuto offrirle un accompagnamento volontario e anticipare la sua morte. La richiesta di essere sottoposta a sedazione continua profonda non venne accolta dai curanti che motivarono il rifiuto in quanto non era stato ancora attivato il suo anco-raggio al supporto meccanico, comunque rifiutato dalla donna anche laddove ne fosse emersa la necessità terapeutica. Accompagnata poi in Svizzera da M.C., dopo aver deciso di porre volontariamente fine alla sua vita e dopo aver pagato alla clinica svizzera Pegaso la somma di 10 mila Euro, la paziente è lì poi deceduta il 2 agosto successivo a mezzo di auto-somministrazione di un farmaco letale.

L'altro caso clinico dell'incidente di costituzionalità riguardava un paziente di sesso maschile di cui non conosciamo l'età al quale, nel corso del 2020, era stata diagnosticata una malattia neurologica (Parkinson atipico) che determinò la rapida e progressiva perdita della sua autonomia senza comunque incidere sulle sue facoltà cognitive. Oltre a non essere in grado di spostarsi autonomamente, le sue condizioni cliniche peggiorarono progressivamente nonostante la terapia farmacologica e la lunga riabilitazione funzionale sia fisica che logopedica a cui venne sottoposto fors'anche a causa della frattura del femore destro riportata in seguito ad una caduta domestica all'esito della quale il paziente non fu più in grado di alzarsi dal letto nemmeno con il supporto dei presidi prima utilizzati. All'immobilizzazione si associò la comparsa di aprassia, di disartria, di una franca incontinenza sia fecale che urinaria, di ulcere dolorose provocate dall'immobilizzazione e, soprattutto, di una disagia con difficoltà nell'assunzione del cibo e dei liquidi per bocca. Fu questa la ragione per la quale lo specialista neurologo prescrisse al paziente di osservare uno stretto regime dietetico ed idratante con l'acquagel per evitare di sottoporlo alla gastrostomia percutanea endoscopica (PEG) che il paziente rifiutò in maniera categorica maturando l'idea di porre volontariamente fine alla sua vita nonostante la continua assistenza prestata dalla moglie che sminuzzava meticolosamente il cibo prima della sua somministrazione accompagnandolo con l'assunzione dell'acquagel fino a quando anche la stessa non si ammalò gravemente. Descritto dai curanti come una persona lucida e determinata il paziente, dopo aver contattato l'Associazione 'Luca Coscioni' e incontrato personalmente M.C., fu da questa persona accompagnato nella clinica svizzera Dignitas dove, il 25 novembre 2022, avvenne il suo decesso per auto-assunzione di un farmaco letale.

3. Le apparenti similitudini e le franche diversità dei due casi clinici che hanno sollevato l'incidente di costituzionalità

Le due vicende descritte, pur avendo tra loro qualche tratto in comune, sono del tutto diverse sul piano strettamente clinico. Tra le somiglianze più evidenti la circostanza che, in entrambi i casi, si è trattato di persone affette da una patologia sicuramente inguaribile che hanno consapevolmente maturato la scelta di porre anticipatamente fine alla loro vita con la tecnica del suicidio assistito e che questa decisione è stata assunta sì in maniera consapevole ma in piena e drammatica solitudine. In ambedue le circostanze esisteva una rete familiare: estremamente fragile del caso di R.N. vista la sola presenza della moglie che lo ha amorevolmente assistito fino a quando la stessa si è poi gravemente ammalata; più strutturata, invece, nel caso di E.A. per la presenza del marito e della figlia che, da quanto si apprende dalla ricostruzione giudiziale dei fatti, avevano ripetutamente cercato di far desistere la donna dalla sua decisione. Anche se ciò che emerge, in entrambe le vicende, è la mancata presa in carico di E.A. e di R.N. sul piano relazionale, psicologico, familiare e sociale. In ambedue le circostanze sono intervenuti i medici specialisti, nel primo caso il terapeuta oncologo e, nel secondo, lo specialista neurologo con la fugace comparsa anche del palliativista i quali, tuttavia, per quanto almeno risulta dalla ricostruzione processuale, non pare abbiano compiutamente accompagnato le traiettorie di malattia, rimanendo invece a distanza da quella presa in carico multi-dimensionale e multi-professionale che dovrebbe essere garantita in queste drammatiche situazioni. Non ne conosciamo le ragioni anche se è la stessa Corte costituzionale a riconoscere che le carenze potrebbero esserci state invitando il legislatore a «garantire adeguate forme di sostegno sociale» (punto 7.2 del *Considerato in diritto*). L'ipotesi della mancanza di supporto può trovare conferma in un altro dato di fatto: in entrambe le situazioni sono stati gli stessi interessati a dover ricorrere ad Internet per informarsi sul loro destino, prima di rivolgersi all'Associazione 'Luca Coscioni' per essere aiutati a realizzare il loro proposito suicida. Il tutto all'interno di una davvero carente loro presa in carico resa ancora più acuta dalle esperienze dolorose che E.A. aveva maturato nell'assistenza prestata ai suoi genitori e soprattutto al fratello, dalla sua paura di morire a causa del soffocamento e da quelle che paiono omissioni sul piano medico e assistenziale. Due in particolare: il non aver favorito l'esercizio del diritto della donna alla pianificazione condivisa della cura (art. 5 della legge n. 219 del 2017), alternativa che pare più appropriata alla situazione in parola rispetto al deposito delle DAT all'Ufficio di Stato civile comunale, dove si recò, poco prima di morire, accompagnata dal marito nominato suo fiduciario; e l'aver rifiutato la sedazione continua profonda comunque richiesta dalla donna stessa per la (ritenuta) non esistenza dei requisiti previsti dall'art. 2, comma 2, di quella stessa legge. Circostanza, quest'ultima, che apre ad un'ulteriore questione che nei giudizi, penale e costituzionale, non viene approfondita. Dalla ricostruzione processuale ciò che soprattutto emerge nel caso di E.A. è la sua paura di morire per soffocamento, la preoccupazione di diventare un peso per i suoi familiari ed il timore di prolungare le loro

sofferenze. Purtroppo ciò che non risulta è il come le legittime paure, le comprensibili ansie e le umane preoccupazioni di questa donna possano essersi trasformate in una sofferenza «non controllabil(i)e attraverso appropriate terapie palliative» (sentenza n. 135 del 2024) ed il come, eventualmente, a questa sofferenza si sia cercato di dare risposta o con i rimedi terapeutici o con la sua più strutturata presa in carico; senza con questo confondere la sofferenza con il dolore perché la prima «va oltre il semplice dolore [...] (dis)vela(ndo) l'autentica natura della vita, e perfino il senso della stessa, cioè la risposta agli interrogativi del leopardiano pastore errante»⁸. La vaghezza e l'indeterminatezza dell'incontrollabile sofferenza rende comunque «incerta l'area di punibilità dell'art. 580 c.p., esponendo al rischio di imputazione e di condanna chi -sensibile alla richiesta di aiuto del malato- ne agevola la morte»⁹ con un'area di difficoltà interpretativa che si accentua ancor di più nel caso in cui l'interruzione dei TSV determini la morte del paziente in quel «breve lasso di tempo» indicato dalla sentenza n. 135 del 2024 (punto 8 del *Considerato in diritto*). Non essendo in discussione l'irreversibilità della patologia oncologica maligna da cui era affetta E.A., l'impressione generale che se ne ricava è che ciò che ha realmente condizionato la decisione della donna siano state altre variabili umane, che potrebbero non essere state adeguatamente presidiate da alcuno, fors'anche a causa del brevissimo lasso di tempo in cui la malattia, dopo la diagnosi clinica, è rapidamente evoluta.

Analoghe riflessioni valgono per R.N. anche se il decorso clinico della sua patologia non è stato così rapido. La malattia neurologica (Parkinson atipico) era stata, infatti, diagnosticata nei primi mesi del 2020 anche se la stessa ha poi determinato la progressiva perdita dell'autonomia personale in tutte le attività della vita quotidiana provocando la decisione assunta dal paziente di porre anticipatamente fine alla sua vita. In questa situazione erano sicuramente presenti, nell'ottobre-novembre 2022, i dolori diffusi da allettamento anche se non sappiamo con quali mezzi/presidi terapeutici gli stessi siano stati trattati. Era però la disfagia il sintomo più invalidante che venne per un certo lasso di tempo compensata dalla moglie del paziente che sminuzzava regolarmente il cibo per poi somministrarlo con l'acquagel almeno fino a quando la stessa non si ammalò con conseguenze che possono essere facilmente intuite sul piano della qualità e della continuità assistenziale. Ciò che in questa situazione è stato processualmente accertato è che R.N. aveva categoricamente rifiutato la nutrizione somministrata per via enterale ritenendo che questo rimedio terapeutico fosse una vera e propria forma di accanimento terapeutico anche se a questa strategia non si dovette ricorrere per la sufficiente tenuta del supporto nutrizionale. Va altresì considerato che R.N. già aveva contattato l'Associazione 'Luca Coscioni', prima per il tramite della moglie e poi personalmente prima di incontrare M.C. che poi, il 25 novembre del 2022, lo accompagnò in una clinica svizzera per l'auto-assunzione del farmaco letale. Una

⁸ A.R. VITALE, *La perimetrazione costituzionale della morte assistita alla luce della sentenza n. 66 del 2025 come problema biogiuridico*, in *ConsultaOnline*, 30 maggio 2025.

⁹ A. PUGIOTTO, *Caso Cappato-bis: l'altra faccia della sent. n. 135/2024*, in *Quaderni costituzionali*, 2024, n. 4, p. 898.

differenza sostanziale tra le situazioni cliniche analizzate nell'incidente di costituzionalità riguardava anche l'aspettativa di vita dei due pazienti che, nel caso di E.A, pare sia stata accertata di pochi mesi, mentre nel caso di R.N. era, molto probabilmente, di qualche anno come confermato dalla perizia disposta dal Pubblico ministero del Tribunale ordinario di Milano, ben al di là di quel «breve lasso di tempo» a cui si è richiamata la Corte, nella sentenza n. 135 del 2024, per dilatare il perimetro dei TSV.

4. Ma siamo proprio certi che le terapie farmacologiche e i rimedi proposti ai due pazienti fossero futili e sproporzionati?

L'altra questione sulla quale occorre riflettere è se le terapie farmacologiche (chemioterapia di seconda linea) suggerita dall'oncologo a E.A. e la nutrizione enterale proposta al secondo paziente possano essere realmente ed effettivamente considerati rimedi terapeutici di comprovata inutilità, rientranti - a tutti gli effetti - nel perimetro dell'accanimento terapeutico vietato sia dalla deontologia professionale del medico che dalla legge n. 219 del 2017 (art. 2, comma 2).

La questione non è banale come potrebbe apparire ad una prima superficiale lettura, fermo restando che chi ha a lungo riflettuto su questo problematico ambito tematico ha anche ripetutamente suggerito di abbandonare questa foriera locuzione per far riferimento alla diade del proporzionato/sproporzionato. Essendo stato evidenziato che «la proporzionalità di un trattamento terapeutico non è mai una qualità statica», che può essere valutata in astratto ed una volta per tutte, potendo verificarsi il caso «che uno stesso mezzo terapeutico, in un determinato momento della cura di un paziente, risponda ai criteri di proporzionalità mentre, in un altro momento, assuma le caratteristiche di un mezzo sproporzionato non obbligatorio o, addirittura, il cui uso sarebbe immorale»¹⁰. Cosicché la proporzionalità di una terapia deve essere sempre valutata in relazione ai suoi risultati, non solo rispetto all'attesa di vita, ma anche (soprattutto) alla qualità di vita percepita dalla persona. Con la conseguenza che anche laddove la nutrizione e l'alimentazione forzata possano essere indicati come «mezzi naturali di conservazione della vita»¹¹ essi devono essere sempre valutati nella misura in cui sia dimostrabile l'effetto di raggiungere le loro specifiche finalità di sostentamento della persona e di lenimento delle sue sofferenze. È così che quel qualcosa che caratterizza la sproporzionalità etica della cura deve essere indicato non tanto nella sua ordinarietà/straordinarietà quanto nell'insieme di tutte quelle scelte cliniche più o me-

¹⁰ M. CALIPARI, *Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico*, Cinisello Balsamo (Milano), 2006, p. 135.

¹¹ GIOVANNI PAOLO II, DSV, n. 4.

no aggressive messe con ostinazione in campo dal medico senza valutarne le ricadute non solo in termini di presunto prolungamento della vita ma della sua qualità. Nonostante la norma ponga un fermo divieto all'ostinazione nella sola ipotesi «di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte» (art. 2 comma 2 della legge n. 219 del 2017) condizionandola, dunque, alla sola drastica riduzione dell'aspettativa di vita. In questa prospettiva le due situazioni cliniche sottese al giudizio della Corte costituzionale nella sentenza in esame non sono sovrapponibili. Nel caso di E.A. esisteva, infatti, una patologia oncologica maligna (microcitoma o carcinoma polmonare a piccole cellule) molto aggressiva viste le plurime localizzazioni metastatiche non interferite dalla chemioterapia di prima linea e che i curanti avevano deciso di trattare con un ulteriore ciclo di terapia anti-blastica di seconda linea, rifiutata dalla donna. Sulla appropriatezza, in simili situazioni, di tale ulteriore ciclo nella comunità scientifica si discute ed è legittimo esprimere un dubbio, anche se nel pianeta dell'oncologia medica la sopravvivenza in più di qualche settimana è spesso un obiettivo che si raccomanda di raggiungere¹². In questo campo alcuni studiosi hanno, infatti, cercato di quantificare la futilità medica definendola come una probabilità di successo inferiore all'1%¹³, altri come un tasso di successo inferiore al 2% o al 5%¹⁴; altri esperti di etica medica hanno a loro volta proposto che la futilità medica sia determinabile qualitativamente in base ad alcuni valori specifici centrati o sui benefici al paziente¹⁵ o in relazione al loro costo/beneficio¹⁶. A complicare ulteriormente le questioni, alcuni bioeticisti sostengono che la futilità medica è un concetto antico e inadeguato rispetto alle moderne deliberazioni etiche¹⁷; altri ritengono che si tratti di una cortina fumogena per nascondere il razionamento delle risorse e dei costi per le cure di fine vita¹⁸; altri ancora hanno sottolineato l'esigenza di non fare mai riferimento ad essa nel processo decisionale medico che dovrebbe sempre rispettare gli *standards* di cura combinati con il miglior interesse del paziente rilevando che, in queste situazioni, esiste spesso un'asimmetria tra i diritti del paziente e i doveri del medico¹⁹. Quello che, in ogni caso, non può mai mancare è l'impegno a rispettare i valori del paziente senza per questo rinunciare al ruolo affidato ai professionisti della cura, anche se il bilanciamento di questi nobili valori richiede impe-

¹² P. KATZ, *When Does Treatment in Cancer Care Become Futile?*, In *Clin J Oncol Nurs.*, 2020 Feb 1, 24(1).

¹³ L.J. SCHNEIDERMAN, N.S. JECKER, A.R. JONSEN, *Medical futility: its meaning and ethical implications*, in *Ann Intern Med.*, 1990 Jun 15, 112(12), pp. 949-54.

¹⁴ P.R. HELFT, M. SIEGLER, J. LANTOS, *The rise and fall of the futility movement*, in *N Engl J Med.*, 2000 Jul 27, 343(4), pp. 293-6.

¹⁵ R.M. VEATCH, C.M. SPICER, *Medically futile care: the role of the physician in setting limits*, in *Am J Law Med.*, 1992, 18(1-2), pp. 15-36.

¹⁶ D.B. WAISEL, R.D. TRUOG, *The cardiopulmonary resuscitation-not-indicated order: futility revisited*, in *Ann Intern Med.*, 1995 Feb 15, 122(4), pp. 304-8.

¹⁷ HELFT et AL., *cit. supra*.

¹⁸ *Medical futility in end-of-life care: report of the Council on Ethical and Judicial Affairs*, in *JAMA*, 1999 Mar 10, 281(10), pp. 937-41.

¹⁹ E.D. PELLEGRINO, *Patient and physician autonomy: conflicting rights and obligations in the physician-patient relationship*, in *J Contemp Health Law Policy*, 1994 Spring, 10, pp. 47-68.

gno, umiltà ed una sana integrità evitando tutte quelle condotte gerarchiche o comunque distaccate²⁰ che potrebbero aver caratterizzato la vicenda clinica e umana di E.A.. Alla quale gli atti processuali affermano sia stata, nonostante la sua richiesta, negato l'accesso alla sedazione continua profonda; e alla quale non risulta sia stata proposta la pianificazione anticipata della cura: istituto, questo, che le avrebbe evitato un ricorso molto discutibile alle DAT, per il cui deposito, ella si è recata, in questa davvero gravissima condizione di malattia, accompagnata dal marito, negli Uffici comunali. Pur anche ammettendo che in queste situazioni esiste un elevato indice di soggettività clinica, (spesso guidato sia dal desiderio del medico di trovare un rimedio a ciò che non può essere ancora combattuto sul piano biologico e sia da quelle raccomandazioni scientifiche che prescrivono, nonostante tutto, un trattamento chemioterapico di seconda linea nel caso di fallimento della terapia immunitaria²¹), c'è da chiedersi perché, una volta rifiutata dalla paziente proposta terapeutica, non sia stata ritenuta appropriata la sedazione palliativa profonda.

Queste considerazioni non valgono, invece, per il caso di R.N. perché, sia pur anche ammettendo che la malattia da cui lo stesso era affetto era una patologia curabile anche se a tutti gli effetti inguaribile, la sua aspettativa di vita non era gravata dalla morte né imminente né prospettabile nel breve arco temporale visto e considerato che anche il suo quadro disfagico non era così grave da compromettere l'assunzione del cibo per bocca.

5. L'ammonimento reiterato rivolto al legislatore ed il nuovo monito della Corte costituzionale

La giurisprudenza costituzionale sul fine vita, sia pur rincorrendo la tendenza al progressivo ampliamento delle ipotesi di liceità della morte medicalmente assistita²² tra continuità e discontinuità più o meno sartoriali e con alcuni *revirement* di rilievo²³, ha costantemente sottolineato l'ampio margine di discrezionalità di cui godrebbe il legislatore, se volesse intervenire, nella modulazione della disciplina che deve necessariamente bilanciare la tutela della vita umana e l'autodeterminazione individuale. L'attivismo della Corte²⁴, che ha

²⁰ L. BLUSTEIN, *Doing what the patient orders: maintaining integrity in the doctor-patient relationship*, in *Bioethics*, 1993 Jul, 7(4), pp. 290-314.

²¹ AIOM, *Linee guida neoplasie del polmone*, 2024.

²² 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 *ConsultaOnline*, 17 maggio 2025.

²³ M. DONINI, *Tre momenti di parresia di fronte al fine-vita*, in *Sistema penale*, 24 giugno 2025.

²⁴ G. RAZZANO, *La Corte costituzionale sul caso Cappato: può un'ordinanza chiedere al Parlamento di legalizzare il suicidio assistito*, in *Diritti Fondamentali*, 2019, n. 1.

sollevato ampi dubbi tra gli studiosi tutti vertenti sul principio di separazione dei poteri²⁵, è di pacifica evidenza e muove dall'ordinanza n. 207 del 2018 con la quale si invitava il legislatore ad intervenire entro un anno di tempo integrando i contenuti della legge n. 219 del 2017 pur avendo indicato quali erano i criteri di esclusione della responsabilità penale dell'aiuto al suicidio: criteri che sono stati poi più nel dettaglio indicati dalla Corte stessa nella sentenza n. 242 del 2019 in termini di tassatività sia formale che sostanziale con gli arcinoti quattro paletti. Poi confermati dalla sentenza n. 135 del 2024 che ha esteso il perimetro dei TSV e che sono stati ribaditi nella sentenza n. 66 del 2025 la quale. Pur avendo la Corte costituzionale rilevato che l'apertura non potrà trasformarsi in quel "liberi tutti" ripetutamente invocato dall'Associazione 'Luca Coscioni' nel propagandare il referendum popolare abrogativo dell'art. 580 della legge penale essendo preciso «dovere dello Stato [...] tutelare la vita di ogni individuo» (Ordinanza n. 207 del 2018, punto 6 del *Considerato in diritto*), specie se fragile e vulnerabile. Questo dovere, ricorda la Corte nella sentenza qui in esame, è stato «alla base della recente decisione di inammissibilità del referendum abrogativo che mirava a rendere lecito l'omicidio del consenziente» (sentenza n. 50 del 2022) il quale, qualora fosse stato ammesso e votato con esito positivo, avrebbe lasciato la vita umana in una situazione di insufficiente protezione, esponendola «ai rischi che l'ordinamento ha il dovere di evitare in adempimento del dovere di tutela della vita umana che [...] discende dall'art. 2 Cost.» (sentenza n. 135 del 2024, punto 7.2 del *Considerato in diritto*). Sul punto, la Corte non ha fin qui dimostrato avere nessuna incertezza nella piena consapevolezza delle falle derivanti dall'approccio consequenzialista per «il pericolo di abusi a danno delle persone deboli e vulnerabili, perché in situazioni di fragilità e sofferenza la scelta di porre fine alla propria vita potrebbe essere indotta o sollecitata da terze persone, per le ragioni più diverse» (sentenza n. 66 del 2025, punto 7 del *Considerato in diritto*). L'esigenza è così quella di contrastare le derive sociali e/o culturali che potrebbero indurre le persone malate a scelte suicide con pressioni sociali più o meno indirette. Da qui i due moniti rivolti al legislatore: quello di normare una volta per tutte la materia del fine vita e quello di promuovere il diritto ad una «seria assistenza medica» (sentenza n. 66 del 2025, punto 7.1 del *Considerato in diritto*). Non solo con la «concreta messa a disposizione di un percorso di cure palliative» che ancora risulta insufficiente soprattutto nelle Regioni del sud²⁶ ma garantendo «adeguate forme di sostegno sociale, di assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare continuativa», ivi compresa la messa «a disposizione delle persone con malattie inguaribili di tutti gli strumenti tecnologici e informatici che permettano loro di superare l'isolamento e ampliare la possibilità di comunicazione e interazione con gli altri» ed il prendersi realmente e concretamente carico «di coloro che,

²⁵ E. FALETTI, *Suicidio assistito e principio di separazione dei poteri dello Stato. Alcune osservazioni a margine dell'ordinanza 207/2018 sul caso Cappato*, in *Europeanrights*, 1 gennaio 2019.

²⁶ E. MARAGÒ, *Cure Palliative. Regioni procedono a velocità diverse. Percorso per garantire un diritto fondamentale a tutti i cittadini ancora in salita*, in *Quotidiano sanità*, 27 giugno 2025.

nelle famiglie o all'interno delle relazioni affettive, assistono i pazienti in situazioni particolarmente difficile e per lunghi periodi» perché «la presenza o meno di queste forme di assistenza condiziona la scelta della persona malata e può costituire lo spartiacque tra la scelta di vita e la richiesta di morire». Con una davvero complessiva presa in carico delle persone più fragili e vulnerabili, compito specifico del Servizio sanitario nazionale che deve saper accompagnare tutta le traiettorie della cronicità e non solo la loro parte finale: un accompagnamento esteso, interattivo, complessivo ancorché graduale ed una presa in carico reale su tutti gli orizzonti di bisogno della persona e della sua famiglia. Anche di quelli della parte terminale della vita dove è necessaria la «verifica delle condizioni legittimanti il suicidio medicalmente assistito e le sue modalità di esecuzione nel rispetto di quel «doveroso ruolo di garanzia che è, innanzitutto, presidio delle persone più fragili» (Corte costituzionale, n. 132 del 25 luglio 2025, punto 4.2 del *Considerato in diritto*).

Si tratta di un monito importante, in radicale controtendenza rispetto all'idea espressa dall'attuale maggioranza politica che vorrebbe sottrarre il Servizio sanitario nazionale dal ruolo di garanzia pubblica insito nei suoi stessi fondanti costitutivi, che fa onore alla Corte e che mette sotto la lente di ingrandimento i colpevoli ritardi che continuano a caratterizzare tutti i percorsi dedicati all'assistenza domiciliare nonostante gli obiettivi indicati a chiare lettere dalle Missioni 5 e 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Le riforme annunciate che avrebbero dovuto rivedere (e semplificare) il riconoscimento della disabilità sono, infatti, ancora in fase sperimentale e, per quello che riguarda le persone anziane non autosufficienti, le deleghe parlamentari sono state tradite e sottofinanziate²⁷; l'assistenza domiciliare integrata (ADI) che pur ha aumentato il numero delle persone over65enni assunte in carico dal servizio è, infatti, oggi in grado di garantire una media di 14 ore/anno di assistenza infermieristica²⁸; le Case di Comunità che vedono la presenza medica ed infermieristica sulle 24 ore erano alla fine del 2024 appena 46 (il 3% del totale) e gli Ospedali di comunità, con almeno un servizio attivo, 124 sul totale dei 568 previsti (il 22% del totale)²⁹; le famiglie, quando possono, sono costrette a fare i conti con la carenza di personale adibito all'assistenza e a confrontarsi con il nuovo fenomeno del caro-badanti che ha costretto molti anziani alla vendita in comodato d'uso delle loro abitazioni³⁰; mancano molti posti letto nelle RSA italiane con disuguaglianze territoriali davvero imbarazzanti che penalizzano soprattutto il nostro mezzogiorno³¹.

²⁷ F. CEMBRANI, T. VECCHIATTO, M. TRABUCCHI, D. DE LEO, *Le politiche a favore degli anziani non autosufficienti. Molti gli annunci, troppo rinvii e davvero riservate a pochissime persone le nuove tutele*, in *Corti supreme e salute*, 2024, n. 1.

²⁸ CERGAS-Bocconi, *Rapporto OASI 2023. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, disponibile su www.Cergasbocconi.it.

²⁹ Agenas, *Report nazionale dei risultati del monitoraggio DM 77/2022: Il semestre 2024*.

³⁰ *Case vendute per pagare le badanti*, in *Il resto del Carlino*, 16 marzo 2024.

³¹ ISTAT, *Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie - Anno 2023*, pubblicato il 6 febbraio 2025, disponibile su www.istat.it.

Il monito della Corte al legislatore deve essere apprezzato e segnalato anche per questo. Parimenti apprezzabile è l'invito della Corte rivolto al Servizio sanitario nazionale «a garanzia di un disinteressato accertamento della sussistenza dei requisiti di liceità dell'accesso alla procedura del suicidio assistito» (punto 7.1 del *Considerato in diritto*) che si scontra con l'idea espressa dall'attuale maggioranza politica di affidare questa responsabilità ad un Comitato etico di nomina governativa³². Se ciò avvenisse sarebbe un'altra sconfitta per la nostra sanità pubblica e bene ha fatto la Corte a ribadire la competenza, il ruolo di garanzia affidato al Servizio sanitario nazionale e l'esigenza di prendere davvero sul serio chi ha bisogno senza mai abbandonarlo al suo tragico destino.

6. Conclusioni

Confermando la linea tracciata nella sentenza n. 135 del 2024, la sentenza qui commentata ha consolidato la dilatazione dei requisiti di non punibilità dell'aiuto al suicidio definiti dalla sentenza n. 242 del 2019, mettendo in luce la debolezza ontologica del requisito della dipendenza dai TSV. Un requisito, secondo alcuni, troppo restrittivo, “inventato per legittimare la propria posizione al limite della riserva di legge”³³. Un requisito il cui superamento la Corte ha già affermato essere nella disponibilità del legislatore. Se la sentenza n. 66 del 2025 delinea dunque uno scenario aperto, Si vedrà se nuove questioni di legittimità costituzionali spingeranno la Corte a entrare nel merito dei criteri che delimitano la prossimità della morte per sottrarla alla sua interpretazione soggettiva; se il Servizio sanitario nazionale sarà finalmente messo nelle condizioni di onorare il suo ruolo di garanzia pubblica; se l'Aula parlamentare saprà finalmente onorare i (vecchi e nuovi) moniti che le sono stati ripetutamente rivolti. Le speranze e l'impegno pubblico devono rimanere integri ma le premesse non sono al momento incoraggianti³⁴.

³² *Fine vita. Pronta la bozza di maggioranza. Sarà un Comitato etico nominato dal Governo che valuterà le richieste*, in *Quotidiano sanità*, 24 giugno 2025

³³ M. DONINI, *cit supra*.

³⁴ G. RODRIGUEZ, *Fine vita. L'iter diventa un percorso ad ostacoli e lo Stato si tira indietro: nessun coinvolgimento del SSN. Ecco gli emendamenti dei Relatori*, in *Quotidiano Sanità*, 12 settembre 2025.