

## I paletti ribaditi dell'aiuto al suicidio\*

Nota a Corte cost. 23 giugno 2026, n. 152

Luciano Eusebi\*\*

**SOMMARIO:** 1. L'acquisita impraticabilità del perseguire dilatazioni, attraverso la Corte costituzionale, circa l'ambito del suicidio assistito non punibile. – 2. Il fatto che la persona richiedente sia «tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale» quale elemento cardine nell'argomentazione della Corte in merito alla non punibilità dell'aiuto al suicidio. – 3. Il darsi, in materia, di vincoli rilevanti anche per il legislatore. – 4. Una postilla circa il significato dell'espressione «trattamenti di sostegno vitale» nella giurisprudenza della Corte costituzionale. – 5. Sul ruolo del Servizio sanitario nazionale e delle cure palliative.

### **1 L'acquisita impraticabilità del perseguire dilatazioni, attraverso la Corte costituzionale, circa l'ambito del suicidio assistito non punibile**

Con la sentenza n. 152/2026 della Corte costituzionale parrebbe essersi pronunciata una parola definitiva in merito alla non percorribilità di estensioni circa l'area del suicidio assistito non punibile, così come originariamente definita dalla medesima Corte, che vengano perseguite attraverso sollecitazioni ad essa rivolte in tale direzione (ma altresì – ove si tenga conto della sentenza parallela n. 148/2026, che reca la stessa data, relativa alla legge n. 26/2025 della regione Sardegna – attraverso la legislazione non statale).

Esito, questo, tanto più significativo considerando che l'ordinanza di rimessione del GIP del Tribunale di Bologna, come riassume la Corte, «era inequivoca nel richiedere la sola,

---

\* Contributo referato dalla Direzione della Rivista.

\*\* Professore ordinario di Diritto penale nell'Università Cattolica del Sacro Cuore, [luciano.eusebi@unicatt.it](mailto:luciano.eusebi@unicatt.it).

radicale ablazione» del requisito – richiesto dalla sentenza n. 242/2019 rispetto alla non punibilità dell'aiuto al suicidio – consistente nel fatto che simile aiuto riguardi persona «tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale»: requisito il quale rappresenta l'architrave (vi ritorneremo) della giustificazione fornita dalla Corte circa i casi di non punibilità del medesimo aiuto.

Sebbene, dunque (n. 17), l'argomentazione in diritto della Corte finalizzata a dichiarare non fondate, o inammissibili, le varie questioni di legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. in tal senso sottoposte al suo scrutinio risulti condotta, per gran parte, riprendendo il già detto, sul tema, nelle sue precedenti pronunce (in particolare nelle sentenze nn. 135/2024 e 66/2025, oltre che in quella base n. 242/2019), l'averne puntualmente confermato, da parte dei giudici costituzionali, la validità – senza alcuna esigenza di modifica – in rapporto all'impianto della Carta fondamentale assume un valore chiarificatorio di indubbio rilievo: anche con riguardo a un eventuale intervento legislativo futuro sull'intera materia di cui all'art. 580 c.p.

Ciò può dirsi, a maggior ragione, poiché la Corte non si trincerava dietro l'assunto secondo cui le sarebbe impedito a priori il tornare a esprimersi, anche in modo estensivo, sull'ambito di non punibilità inizialmente riconosciuto tramite un accoglimento parziale della questione all'epoca sollevata: reputando inammissibile, al contrario (e, per tale via, richiamando Corte cost. n. 135/2014), la relativa eccezione sollevata *ad opponendum*, da *amici curiae*, verso l'ordinanza del giudice rimettente. Così che gli approdi della sentenza n. 152/2016 appaiono ricondotti *in toto* dalla Corte costituzionale a ribadite considerazioni di ordine sostanziale.

Né può trascurarsi di evidenziare come la Corte costituzionale concluda in modo reciso circa l'inammissibilità della censura concernente la presunta violazione dell'art. 117, co. 1, Cost., in relazione all'art. 8 CEDU, che deriverebbe, ad avviso del giudice *a quo*, dal rilievo attribuito, in Italia, al requisito suddetto: censura che la Corte constata come «affatto priva di motivazione» (la quale, peraltro, sarebbe risultata ben difficilmente costruibile, stante la sentenza 13 giugno 2024 della Corte EDU, sezione prima, nel caso Dániel Karsai contro Ungheria, che – così riassumono i giudici della Consulta – «ha escluso che l'impossibilità di accedere al suicidio assistito in situazioni analoghe a quelle di cui in questa sede si discute sia contraria agli artt. 8 e 14 CEDU»).

Dovendo rilevarsi, altresì, come la Corte costituzionale stigmatizzi il fatto che nell'ordinanza di remissione vengano citati, a sostegno, alcuni brani espunti dal parere *Riflessioni mediche sul suicidio medicalmente assistito* del Comitato Nazionale per la Bioetica (18 luglio 2019), ma si trascuri di tener conto del fatto che lo stesso CNB «ha pubblicato un nuovo e più articolato documento nel 2024 specificamente sul tema della rilevanza della sottoposizione a trattamenti di sostegno vitale del paziente che richiede di accedere al suicidio assistito» (si tratta della *risposta*, in data 20 giugno 2024, al quesito proposto, in materia, del Comitato Etico Territoriale della Regione Umbria), «nella [cui] relazione di maggioranza – osserva la Corte – non si trova alcuna indicazione relativa alle asserite discriminazioni cui darebbe luogo il requisito in parola».

## 2. Il fatto che la persona richiedente sia «tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale» quale elemento cardine nell'argomentazione della Corte in merito alla non punibilità dell'aiuto al suicidio

Il fulcro della motivazione (n. 17.1) per cui la necessità che, ai fini di un aiuto al suicidio non punibile, la persona richiedente sia «tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale» non si pone in contrasto, secondo la Corte costituzionale, con il principio di uguaglianza – relativamente a chi soddisfi gli ulteriori presupposti necessari a quello scopo – è dato dal fatto che la Corte stessa, come ribadisce citando Corte cost. n. 135/2024 (a sua volta ripresa da Corte cost. n. 66/2025), «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 l. n. 219/2017 in conformità all'art. 32, co. 2, Cost., di decidere di porre fine alla propria vita, rifiutando il trattamento necessario ad assicurarne la sopravvivenza»: *ratio* la quale, «all'evidenza, non si estende a pazienti che non dipendano da trattamenti di sostegno vitale».

La Corte, in altre parole, torna a precisare di non aver introdotto il suddetto ambito di non punibilità – mediante un accoglimento parziale della questione di legittimità costituzionale a suo tempo sollevata circa l'art. 580 c.p. – in forza di proprie autonome valutazioni sull'ammissibilità dell'aiuto al suicidio in presenza di certe condizioni del malato, bensì esclusivamente in forza di un asserito giudizio di ragionevolezza, rilevante sul piano costituzionale, circa la preclusione dell'aiuto al suicidio anche nei confronti di chi, sulla base di quanto già previsto dalla l. n. 219/2017, si trovi nella condizione di poter interrompere in modo lecito trattamenti di sostegno vitale, con ciò permettendo il determinarsi della morte.

Certamente si tratta di una valutazione discutibile, posto che le due situazioni non sono, in effetti, equiparabili: attraverso l'interruzione di trattamenti salvavita la morte interviene pur sempre per via naturale, mentre nel caso di aiuto al suicidio essa viene artificialmente anticipata; inoltre, nel secondo caso si legittima per la prima volta l'attivarsi di una persona, in termini di aiuto, al fine della morte di un altro individuo (d'altra parte, non è detto che tra le persone sottoposte a un trattamento di sostegno vitale richiedano il suicidio assistito soltanto persone che comunque interromperebbero, diversamente, tale trattamento).

Ma si deve prendere atto di come sia stata questa la valutazione della Corte costituzionale e di come *esclusivamente su di essa* la Corte medesima abbia costruito il fondamento costituzionale dell'ammissione di un ambito di non punibilità dell'aiuto al suicidio: riconoscendo di non avere il potere di darne altro fondamento costituzionalmente sostenibile. Per cui, nel caso in cui venisse meno il requisito in parola, cadrebbe lo stesso impianto che la condotto la Corte a ritenere di dover ammettere, dal punto di vista costituzionale, l'ambito di non punibilità in oggetto.

### 3. Il darsi, in materia, di vincoli costituzionali rilevanti anche per il legislatore

Simili conclusioni della Corte costituzionale risultano avvalorate alla luce degli argomenti attraverso i quali (n. 17.2) la sentenza n. 152/2026 confuta, giudicandole esse pure non fondate, le ulteriori censure del giudice *a quo* orientate a sostenere che l'aver subordinato la non punibilità del suicidio assistito al presupposto del risultare il richiedente «tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale» comporterebbe la «violazione del principio personalista, della libertà personale e della libertà di autodeterminazione in ambito terapeutico», violazione ricondotta, complessivamente, all'asserito contrasto rispetto agli artt. 2, 13 e 32 Cost.

A tal proposito la Corte torna a ribadire, infatti, la non sostenibilità di una prevalenza incondizionata della libertà di autodeterminazione su ogni altra esigenza costituzionalmente significativa, così che la previsione del presupposto in oggetto quanto alla non punibilità dell'aiuto al suicidio debba ritenersi incompatibile con una simile, presunta gerarchia rigida dei beni di rilievo costituzionale.

Piuttosto, rileva la Corte riprendendo la sentenza n. 66/2025 (che a sua volta cita le sentenze n. 135/2024 e n. 50/2022) è «proprio la tutela della libertà di autodeterminazione a giustificarne, innanzitutto affinché sia genuina e responsabile, il bilanciamento con il dovere dello Stato di tutela della vita, la quale “si colloca in posizione apicale nell'ambito dei diritti fondamentali della persona”: [per cui, allorquando] “viene in rilievo il bene della vita umana, la libertà di autodeterminazione non può mai prevalere incondizionatamente sulle ragioni di tutela del medesimo bene, risultando, al contrario, sempre costituzionalmente necessario un bilanciamento che assicuri una sua tutela minima”».

Ciò premesso, la Corte ribadisce (è richiamata, ancora, la sentenza n. 135/2024) i confini che riconosce al suo ruolo, da individuarsi, sul tema in oggetto, nel fissare soltanto «il limite minimo, costituzionalmente imposto *alla luce del quadro legislativo oggetto di scrutinio* [corsivo nostro], della tutela di ciascuno [dei suddetti] principi»; chiarendo che non è compito della Corte «quello di sostituirsi al legislatore nella individuazione del punto di equilibrio in astratto più appropriato tra il diritto all'autodeterminazione di ciascun individuo sulla propria esistenza e le contrapposte istanze di tutela della vita umana» e riferendo, piuttosto, al legislatore «la possibilità di individuare soluzioni che assicurino all'uno o all'altro [di tali principi] una tutela più intensa».

Allo stesso tempo, tuttavia, la sentenza n. 142/2026 indica nitidamente che il bilanciamento operabile in tal senso dal legislatore non potrebbe configurarsi, dal punto di vista costituzionale, come incondizionato: non soltanto dovendosi assicurare un nucleo, non meglio descritto, di tutela minima ad entrambi i principi, ma nel senso per cui (viene sempre citata Corte cost. n. 135/2024) «l'ordinamento ha il dovere di evitare, in adempimento del dovere di tutela della vita umana che, esso pure, discende dall'art. 2 Cost.», i «rischi» connessi all'ampliamento degli spazi riconosciuti all'autonomia della persona nel decidere liberamente sul proprio destino».

Rischi i quali, viene precisato, «non riguardano solo la possibilità che vengano compiute condotte apertamente abusive da parte di terzi a danno della singola persona che compia la scelta di porre termine alla propria esistenza, ma riguardano anche [e noi diremmo soprattutto] la possibilità che, in presenza di una legislazione permissiva non accompagnata dalle necessarie garanzie sostanziali e procedurali, si crei una “pressione sociale indiretta” su altre persone malate o semplicemente anziane e sole, le quali potrebbero convincersi di essere divenute ormai un peso per i propri familiari e per l'intera società, e di decidere così di farsi anzitempo da parte».

Si tratta, in altre parole, dell'esigenza di farsi carico della circostanza per cui, una volta che al malato grave sia offerta l'alternativa tra il continuare a usufruire di risorse sanitarie proporzionate alla sua condizione e il fare un passo indietro, anticipando la propria morte, la prima di tali strade, in precedenza percorsa ordinariamente, rischia di essere intesa, nel sentire comune, come una sorta di inauspicata *pretesa* del malato stesso, implicante costi economici e impegno assistenziale, nei confronti della società: con implicita colpevolizzazione dei malati che la compiano (nonché dei relativi contesti familiari) e correlata sollecitazione latente ad agire in modo diverso. Tanto più tenendo conto dei ricorrenti messaggi mediatici, nient'affatto immuni da considerazioni di ordine economico, intesi a qualificare come 'la scelta *dignitosa*' quella di rinunciare alla vita, in date condizioni patologiche.

Una preoccupazione della quale, d'altra parte, la Corte costituzionale si fa interprete anche ribadendo l'esigenza, segnalata dalla sentenza n. 66/2025, che la «persona malata possa avvertire la solidarietà attorno a sé non a tratti, non a prolungate intermittenze, ma in via continuativa, attraverso un percorso di effettiva presa in carico da parte del sistema sanitario e sociale», come pure, soprattutto, attraverso «un adeguato sviluppo delle reti di cure palliative [...], al fine di evitare un ricorso improprio al suicidio assistito».

Ed è nella medesima prospettiva che Corte cost. n. 148/2026 (riprendendo Corte cost. n. 204/2025) rileva come «la legislazione regionale, in relazione ai “delicati bilanciamenti” che attengono al suicidio medicalmente assistito, “non può pretendere di agire in via suppletiva della legislazione statale, neppure in via transitoria, per così dire ‘impossessandosi’ dei principi ordinamentali individuati da questa Corte».

In sintesi, dunque, la Corte costituzionale, con la sentenza n. 152/2026, attesta, da un lato, che la condizione richiesta dalla sua stessa giurisprudenza per la non punibilità dell'aiuto al suicidio, espressa dal fatto che la persona richiedente sia «tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale» (oppure, ai sensi delle sentenze n. 135/2024 e n. 66/2025, che abbia rifiutato simili trattamenti necessari) non si pone in contrasto né con le norme della Costituzione, né con quelle della Convenzione europea dei diritti dell'uomo, come altresì, a *fortiori*, che tali testi normativi fondamentali non ne impongono l'abrogazione.

Mentre, dall'altro lato, chiarisce che eventuali interventi legislativi in materia di fine-vita non sono esenti da precisi vincoli di rilievo costituzionale, rivolti a non trascurare il ruolo che compete al «dovere dello Stato di tutela della vita, la quale “si colloca in posizione apicale nell'ambito dei diritti fondamentali della persona”» (sono richiamate le sentenze n. 135/2024 e n. 66/2015) e, altresì, ad evitare non soltanto abusi nei confronti di persone in condizione di vulnerabilità, ma anche il rischio della già menzionata «pressione sociale

indiretta» a che il malato grave scelga di porre termine alla sua vita. Vincoli, questi, in forza dei quali non può escludersi, dunque, un successivo scrutinio di legittimità costituzionale riguardante simili interventi.

#### 4. Una postilla circa il significato dell'espressione «trattamenti di sostegno vitale» nella giurisprudenza della Corte costituzionale

È noto come si discuta su che cosa debba intendersi per «trattamento di sostegno vitale» e come un marcato allentamento, non di rado perorato, del contenuto di quella locuzione possa condurre a ridimensionarne di molto la portata. Non è questa, tuttavia, la sede per analizzare il dibattito medico-scientifico sul tema: preso atto, comunque, di come «in letteratura medica – secondo la già citata *risposta* del CNB in data 20 giugno 2024 – non esiste una definizione condivisa di «trattamento di sostegno vitale», ma anche di come la maggioranza dei membri del CNB abbia ritenuto, in quel medesimo documento, che quei trattamenti «debbero costituire una vera e propria sostituzione delle funzioni vitali», tale «che la loro sospensione comporti la morte del paziente in tempi molto brevi».

Valgono soltanto, dunque, alcune annotazioni sulle formulazioni di rilievo giuridico adottate in materia dalla Corte costituzionale.

A prima lettura, infatti, potrebbe apparire significativamente dilatativa, in proposito, l'argomentazione presente in Corte cost. n. 135/2024 (ma non ripresa nella sentenza in commento) che rimanda, sul punto, al diritto del paziente «di rifiutare ogni trattamento sanitario praticato sul proprio corpo, indipendentemente dal suo grado di complessità tecnica e di invasività»: «incluse, dunque, quelle procedure che sono normalmente compiute da personale sanitario, e la cui esecuzione richiede certo particolari competenze oggetto di specifica formazione professionale, ma che potrebbero essere apprese da familiari o 'care-givers' che si facciano carico dell'assistenza del paziente».

Presupposto, questo, dal quale simile sentenza deduce la possibilità di ricomprendere anche tali procedure tra i «trattamenti di sostegno vitale». Nient'affatto, tuttavia, in modo generalizzato: vale a dire pur sempre, secondo le parole della Corte, soltanto «nella misura in cui [esse] si rivelino in concreto *necessarie ad assicurare l'espletamento di funzioni vitali del paziente* [corsivo nostro], al punto che la loro omissione o interruzione determinerebbe prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo».

Dovrà dunque sussistere, pertanto, un'immediata correlazione causale tra il trattamento del quale si discute e l'operatività intrinseca delle suddette funzioni vitali (non essendo sufficiente che la mancanza di quel trattamento comprometta simili funzioni producendo, ad esempio, inedia o conseguenze infettive o conseguenze in altro modo patologiche).

Si tratta, del resto, di evitare un declivio il quale, all'estremo, comporterebbe l'identificazione come «sostegno vitale» di qualsiasi intervento ordinario attinente alla *care* del paziente, sebbene in sé necessario per la vita.

## 5. Sul ruolo del Servizio sanitario nazionale e delle cure palliative

Dato un assetto giuridico che pare dunque, per molti versi, stabilizzato nella giurisprudenza della Corte costituzionale sull'aiuto al suicidio, restano tuttavia oggetto di discussione due nodi di grande rilievo con riguardo a tale materia, anche in rapporto a eventuali evoluzioni legislative.

Il primo riguarda il ruolo del Servizio sanitario nazionale (SSN): posto che pure relativamente a simile ambito s'è talora ritenuto di leggere un'evoluzione della recente giurisprudenza costituzionale più estesa di quanto, in effetti, lo sia.

Nella sentenza n. 242/2019, infatti, il tema appariva affrontato attraverso due affermazioni fondamentali: quella (ora ripresa anche dalla sentenza n. 148/2026) secondo cui da declaratoria ivi prevista di parziale illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. «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»; e quella secondo cui «la verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio deve restare affidata – in attesa della declinazione che potrà darne il legislatore – a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale», cui «spetterà altresì verificare le relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze» (con aggiunta del richiesto «intervento di un organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze [per ora individuato nei «comitati etici territorialmente competenti»], il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità»).

Se ne evince l'assenza di qualsiasi compito organizzativo attribuito al SSN circa l'effettuazione degli aiuti al suicidio, come pure di qualsiasi dovere inteso a garantirne, nel suo ambito, la praticabilità (secondo un'impostazione ben diversa da quella della legge n. 194/1978 in materia di interruzione volontaria della gravidanza e tale, quindi, da permettere alla Corte costituzionale di reputare non necessario l'introdurre, con riguardo al suicidio assistito, la possibilità dell'obiezione di coscienza per i sanitari del servizio pubblico).

Il tema, in realtà, è di notevole spessore: si tratta di evitare che il SSN venga percepito come rivolto a operare, in situazioni analoghe, sia per il sostegno terapeutico del paziente, sia per anticiparne la morte: con ciò privando il SSN stesso della sua caratterizzazione univoca intesa alla salvaguardia della salute e della vita, nonché sancendo dinnanzi all'opinione pubblica il darsi, rispetto a certe condizioni patologiche, di due percorsi pubblici paralleli ed equipollenti, orientati l'uno al sostegno del paziente nella sua condizione di malattia, l'altro a produrne il decesso.

Ora, Corte cost. n. 132/2025, nel dichiarare inammissibili le questioni di legittimità in tal caso sollevate con riguardo all'art. 579 c.p., afferma che la persona «rispetto alla quale sia stata positivamente verificata, nelle dovute forme procedurali, la sussistenza di tutte le condizioni indicate nella sentenza n. 242/2019 e precisate nella sentenza n. 135/2024» «ha diritto di essere accompagnata dal SSN 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»: affermazione specificamente riferita, stante il caso all'origine di tale pronuncia, alla persona richiedente il suicidio che abbia difficoltà a reperire gli strumenti per una autosomministrazione del farmaco letale. Si tratta, senza dubbio, di precisazioni delicate, in rapporto al ruolo di verifica delle condizioni necessarie per la non punibilità del suicidio assistito e di controllo sulle relative modalità di esecuzione assegnate al SSN da Corte cost. n. 242/2019.

Esse, tuttavia, non smentiscono l'impostazione di base poco sopra descritta circa la posizione del SSN con riguardo alla procedura di suicidio assistito: come può evincersi dalle sentenze della Corte n. 204/2025 e 148/2026, riguardanti le leggi, in materia, della regione Toscana e della regione Sardegna. Posto che in entrambe le sentenze vengono giudicate costituzionalmente illegittime le norme di tali Regioni «secondo cui le aziende sanitarie regionali forniscono il supporto tecnico e farmacologico e l'assistenza medica per la preparazione all'autosomministrazione del farmaco autorizzato» (così la richiamata formulazione sarda pressoché analoga a quella toscana), in quanto norme con cui «la Regione non si è limitata a fissare una disciplina di dettaglio, ma «si è in realtà appropriata dei principi fondamentali, determinando un vulnus alla riserva, stabilita dall'art. 117, co. 3, Cost., alla legislazione statale della loro determinazione»» (così la sentenza n. 148/2026, che richiama la sentenza n. 204/2025).

In altre parole, la Corte costituzionale ha ravvisato il configurarsi in quelle norme di un coinvolgimento organizzativo pregresso del SSN rispetto alla realizzazione in genere degli aiuti al suicidio, giudicato estraneo ai binari fissati dalla sentenza n. 242/2019. Pur affermandosi di seguito, in entrambe le pronunce, che l'incostituzionalità dichiarata rispetto a quelle norme lascia sussistere quanto affermato, come poco sopra s'è visto, da Corte cost. n. 132/2025, vale a dire il diritto della persona che intenda accedere, sussistendone le condizioni, al suicidio assistito «di *ottenere* [corsivo nostro] dalle aziende del Servizio sanitario regionale il farmaco, i dispositivi eventualmente occorrenti all'autosomministrazione, nonché l'assistenza sanitaria anche durante l'esecuzione di questa procedura».

Così che, in questo quadro, mantiene tutta la sua ragionevolezza l'esigenza che, nel caso in cui si addivenga a una procedura di suicidio assistito, questa sia attuata presso il domicilio del paziente, oppure presso una struttura pur sempre pubblica, ma non facente parte del sistema sanitario-assistenziale (vale a dire presso una struttura diversa, per esempio, da ospedali, ambulatori o residenze socio-assistenziali), oppure quantomeno, ove ciò risulti realmente impraticabile, con l'ausilio di personale (volontario) esterno a quello della struttura in cui si trovi il malato.

L'ulteriore nodo di particolare rilievo circa la prassi o l'eventuale legislazione in tema di aiuto al suicidio riguarda le conseguenze che debbano trarsi dall'affermazione di Corte cost. n. 242/2019 (che riprende Corte cost. n. 207/2018) secondo cui «il coinvolgimento in un percorso di cure palliative deve costituire «un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente».

Ancora una volta, emerge una questione fondamentale. L'esigenza, cioè, che la risposta alle condizioni di sofferenza della persona malata rimanga imperniata sull'impegno della medicina rivolto non soltanto a contrastare le patologie in atto, bensì anche ad assicurare,

nei casi stessi in cui tale contrasto non sia più praticabile, la qualità di vita del paziente e il contrasto efficace delle condizioni suddette. Così che, a livello di percezione sociale, non si affermi l'idea di una facile rinunciabilità all'investimento solidaristico nei confronti delle persone più deboli, in forza della possibilità alternativa (a *costo zero* per la società, o anzi vantaggiosa sul piano economico) di una rinuncia a vivere.

Non essendo dunque un caso che tutte le sentenze in materia della Corte costituzionale sollecitino a un'implementazione sempre più efficace e diffusa nel territorio nazionale di quanto previsto, con riguardo alle cure palliative, dalle leggi n. 38/2010 e 219/2017.

Del resto, non potrebbe sostenersi che possa parlarsi, ai fini del suicidio assistito, di «sofferenze fisiche o psicologiche che [la persona interessata] reputa intollerabili» (Corte cost. n. 242/2019) se ad esse, semplicemente, sia stato lasciato uno spazio libero. Per cui, nel caso in cui si accetti che un malato possa accedere al suicidio assistito pur avendo rinunciato al contrasto delle sofferenze, deve riconoscersi che la vera motivazione di tale accesso verrebbe ad essere non l'intollerabilità (ancorché soggettiva) delle sofferenze stesse, bensì la mera autodeterminazione a volersi dare la morte.

Pertanto, s'è diffusa l'opinione (raccolta sia nelle legislazioni regionali citate, sia in talune proposte di legge) che, con riguardo al suicidio assistito, si tratterebbe soltanto del dovere di *offrire* alla persona richiedente un percorso palliativo: nel solco, in sostanza, dell'intento di ricondurre di fatto la praticabilità del suicidio alla logica suddetta della mera autodeterminazione.

Ciò facendo leva sulla circostanza per la quale un trattamento palliativo, come ogni altro trattamento sanitario, non può essere imposto. Il che è vero, ma ha dato luogo a un equivoco: nel caso in oggetto non si tratta di *imporre* la medicina palliativa, bensì di riconoscerla come presupposto necessario per un'eventuale decisione ulteriore, secondo le parole di Corte cost. n. 242/2019 (al pari di come, poniamo, il sottoporsi a determinate analisi di laboratorio, o a una radiografia, non può di certo essere imposto, ma può ben rappresentare condizione necessaria onde usufruire di un intervento chirurgico).

S'è detto altresì che risulterebbe poco convincente, anche rispetto alla *ratio* della medicina palliativa, fare della sottoposizione di un malato a qualche improvvisata pratica palliativa una sorta di *step* nell'iter che conduce al suicidio assistito, dopo che la decisione di addivenirvi sia già stata presa dal malato.

Ma le cose stanno diversamente: il malato deve poter beneficiare in via ordinaria, fin dall'inizio di qualsiasi iter sanitario importante, della premura palliativa nei suoi confronti e ciò, a garanzia del malato stesso, è bene che permanga presupposto necessario, come chiaramente si evince da Corte cost. n. 242/2019, dell'eventuale richiesta di accesso, nei termini definiti da quella pronuncia, al suicidio assistito.

