



BioLaw Journal

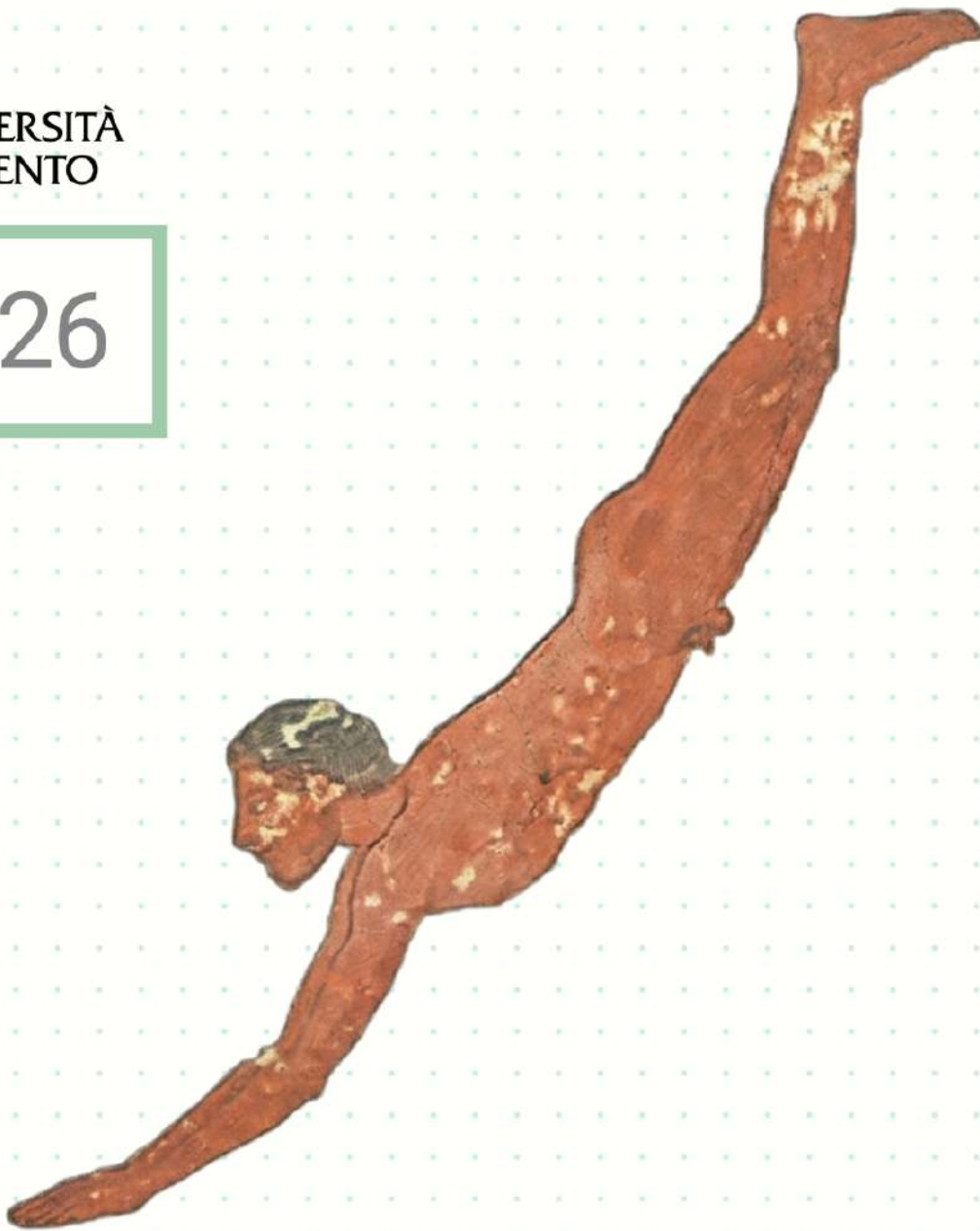
Rivista di BioDiritto



UNIVERSITÀ
DI TRENTO

1

26



Editoriale || L'uso dell'intelligenza artificiale nei conflitti armati contemporanei: appunti essenziali

Saggi e commenti

The online Journal about law and life sciences

BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto

ISSN 2284-4503

Quarterly journal | Rivista trimestrale

Registrazione presso il Tribunale di Trento n. 6 dell'11/04/2014

Editor in Chief | Direttore responsabile: Carlo Casonato

Steering Committee | Comitato di direzione: Roberto Bin, Antonio D'Aloia

Scientific Committee | Comitato scientifico:

Roberto Andorno, Vittorio Angiolini, Charles H. Baron, Alberto Bondolfi, Paolo Benciolini, Patrizia Borsellino, Roger Brownsword, Massimiano Bucchi, Stefano Canestrari, Cinzia Caporale, Maria Chiara Carrozza, Paolo Carrozza (†), Lorenzo Chieffi, Ricardo Chueca Rodríguez, Roberto Cingolani, Roberto Giovanni Conti, Roberto Dias, Frédérique Dreifuss-Netter, Gilda Ferrando, Silvio Garattini, Francesca Giardina, Stefano Guizzi, Stéphanie Hennette-Vauchez, Juan Alberto Lecaros, Sheila McLean, Laura Palazzani, Marco Pandolfi, Barbara Pezzini, Cinzia Piciocchi, Alessandra Pioggia, Anna Maria Poggi, Carlo Alberto Redi, Fernando Rey Martinez, Stefano Rodotà (†), Carlos Maria Romeo Casabona (†), Amedeo Santosuosso, Stefano Semplici, Paula Siverino Bavio, Mariachiara Tallacchini, Chiara Tripodina, Gianni Tognoni, Paolo Veronesi, Umberto Veronesi (†), Paolo Zatti

Associate Editors | Vice-direttrici: Lucia Busatta, Marta Tomasi

Editorial Boards | Redazioni:

Trento: Giorgia Bincoletto, Lucia Busatta, Marta Fasan, Paolo Guarda, Antonio Iannuzzi, Ilja Richard Pavone, Simone Penasa, Mariassunta Piccinni, Ludovica Poli, Elisabetta Pulice, Carla Maria Reale, Elena Scalcon, Marta Maria Sosa Navarro, Marta Tomasi

Ferrara: Paolo Veronesi, Giuseppina Barcellona, Fabio Ferrari, Migle Laukyte, Benedetta Liberali, Nicola Lucchi, Irene Pellizzone, Silvia Zullo

Parma: Stefano Agosta, Giancarlo Anello, Maria Chiara Errigo, Giulia Formici, Valentina Gastaldo, Valeria Marzocco, Erika Ivalù Pampalone, Giovanna Razzano, Lucia Scaffardi, Veronica Valenti

Napoli: Lorenzo Chieffi, Gianvito Brindisi, Claudia Casella, Gianpiero Coletta, Marianna Cuomo, Emilia D'Antuono, Carmen Di Carluccio, Luca Di Majo, Luigi Ferraro, Maria Pia Iadicicco, Carlo Iannello, Raffaele Manfrellotti, Ferdinando Menga, Franca Meola, Andrea Patroni Griffi, Virginia Zambrano

Peer review: All academic articles published in *BioLaw Journal* undergo peer review, in the form specified in the first footnote of each article | Tutti gli articoli accademici pubblicati su *BioLaw Journal* sono sottoposti a revisione paritaria, nella forma specificata nella prima nota a piè di pagina di ciascun articolo

E-mail: biodiritto@gmail.org

Web: <https://teseo.unitn.it/biolaw> | <https://www.biodiritto.org/>

In collaboration with | In collaborazione con:



Front cover | Copertina: Graphic project based on the *Tomb of the Diver*, Paestum, 5th century b.C., on permission no. 1/2026 by the Archaeological Parks of Paestum and Velia - Italian Ministry of Culture | Progetto grafico basato sulla *Tomba del Tuffatore*, Paestum, V sec. a.C., permesso di riproduzione n. 1/2026, Parchi archeologici di Paestum e Velia - Ministero della Cultura

Cover design | Grafica di copertina: Marta Tomasi

N. 1/2026

DOI 10.15168/2284-4503-20261

© Copyright 2026 the Authors | gli autori e le autrici

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License
L'edizione digitale è rilasciata con licenza Creative Commons
Attribuzione-NonCommerciale-NonOpereDerivate 4.0 Internazionale



Published by | Pubblicato da:
Università degli Studi di Trento
via Calepina, 14 – I-38122 Trento
casaeditrice@unitn.it | www.unitn.it
May | maggio 2026

BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto

1/2026

Table of Contents – Indice

L'uso dell'intelligenza artificiale nei conflitti armati contemporanei: appunti essenziali..... 1
Marco Pertile

ESSAYS – SAGGI

Genere, populismo e regressione democratica: la politicizzazione della *Convenzione di Istanbul* in Europa Centro-Orientale 7
Susanna Mancini

L'identità che si fa numero. Qualche riflessione su quantificazione, genere e corpo 37
Maria Vittoria Izzi

Suicidio medicalmente assistito e Servizio Sanitario Nazionale, tra complessità istituzionale e crisi. Un'analisi bioetica della realtà italiana 61
Lorena Forni

The Construction of the Fundamental Right to a Dignified Death by the Colombian Constitutional Court in the Face of Legislative Silence 79
Gonzalo Arruego

La sottorappresentazione degli anziani nelle sperimentazioni cliniche: possibili soluzioni per una questione ancora radicata 101
Rosa Signorella

Problemas éticos y legales de los test genéticos directos al consumidor: ¿cabe poner fronteras legales a la medicina sin fronteras? 127
Federico de Montalvo Jääskeläinen

Genetic Data Sharing in the European Health Data Space: An Urgent Call for Coordinated Action by the Member States 165
Guillermo Lazcoz, Giovanni Comandé

Il vuoto normativo delle biobanche di ricerca: tra zone grigie e sviluppi futuri in tema di dati sanitari 179
Lorenzo Gasparini

La tutela del dato genomico in Italia nel caso specifico della fenotipizzazione del DNA forense. Prospettive di normazione 207
Monica De Angelis, Luca Megale

Medical Cannabis in the Context of the European Convention on Human Rights: Balancing Personal Autonomy and the Interests of Society 227
Daria Kisielewska, Martyna Kłujka, Kamila Morawiec, Maja Przybyła, Monika Stanisławska

Environmental Collective Memory: Decolonizing the Environment Through Deanthropocentrization	251
---	------------

Diego Pasquale Morone

Regulating Single-Use Plastic Under Directive (EU) 2019/904 and Beyond: Lessons from Italy and Spain	267
---	------------

Eleonora Di Matteo

ARTIFICIAL INTELLIGENCE & LAW: ESSAYS – SAGGI

Tecnologie emergenti e vulnerabilità: dallo standard della protezione dai rischi al paradigma della promozione dei diritti	301
---	------------

Caterina Di Costanzo

Criteri di rischio e regole di responsabilità nell'utilizzo dell'intelligenza artificiale	327
--	------------

Tommaso Bonamini

Verso una <i>governance</i> etica dell'innovazione digitale: riflessioni sulla legge della Regione Toscana n. 57 del 2024	345
--	------------

Eleonora Garofalo

Dal soggetto potenziato al soggetto digitale: nuovi danni dalla difficile quantificazione	367
---	------------

Sharon Alison Ferro

ARTIFICIAL INTELLIGENCE & LAW: PERSPECTIVES – PROSPETTIVE

ChatGPT possiede il <i>law sense</i>? Riflessioni a partire da uno studio sperimentale di <i>argument mining</i> su decisioni giudiziarie della Corte di Cassazione	419
--	------------

Serena Tomasi



Suicidio medicalmente assistito e Servizio Sanitario Nazionale, tra complessità istituzionale e crisi in atto. Un'analisi bioetica della realtà italiana

Lorena Forni*

MEDICALLY ASSISTED SUICIDE AND THE NATIONAL HEALTH SERVICE, BETWEEN INSTITUTIONAL COMPLEXITY AND CRISIS: A BIOETHICAL ANALYSIS OF THE ITALIAN CONTEXT

ABSTRACT: This paper investigates the intersection between medically assisted suicide (MAS) and the structural crisis of Italy's National Health Service (SSN). Triggered by Constitutional Court rulings no. 66/2025 and no. 132/2025, both of which confirm strict eligibility criteria and stress the importance of procedural safeguards within the SSN, the analysis explores how systemic deficiencies—staff shortages, organizational inefficiencies, and limited access to care—impair the practical realization of MAS. These shortcomings, the paper argues, point to a broader erosion of biomedical ethics, increasingly replaced by market-oriented logics within both public and private healthcare. In the absence of national legislation on MAS, this ethical and institutional gap highlights the urgency of reform to ensure equitable end-of-life care and uphold patient self-determination.

KEYWORDS: medically assisted suicide (MAS); Italian national health service (SSN); principles of bioethics; bioethical crisis; end-of-life issues

ABSTRACT: Il paper analizza il rapporto tra suicidio medicalmente assistito (SMA) e la crisi strutturale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, alla luce, in particolare, delle sentenze della Corte Costituzionale n. 66/2025 e n. 132/2025. Queste decisioni riaffermano le condizioni restrittive per accedere al SMA, ma sottolineano anche l'importanza di solide garanzie procedurali per il SMA, da valutare all'interno del SSN. L'analisi evidenzia come le attuali criticità del sistema sanitario – tra cui carenze organizzative, diseguaglianze nell'accesso alle cure e scarsità di personale – ostacolino l'attuazione del SMA e amplifichino le difficoltà dei pazienti. Si sostiene che tale crisi sollevi un conflitto etico tra i principi della bioetica e una crescente logica economico-aziendale, soprattutto nel settore privato. In assenza di una

* Professoressa Associata di Filosofia del diritto, School of Law, Università di Milano - Bicocca. Mail: lorena.forni@unimib.it. Il presente contributo costituisce una versione arricchita e approfondita di uno scritto in lingua inglese, pubblicato nel volume *Medically Assisted Death. An International Review* (a cura di L. Forni e P. Borsellino), 2025, disponibile al seguente link: https://www.int-chair-bioethics.org/files/ugd/b15f85_0aaa71353a4c48a9b67eddbdc12e8244.pdf. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

normativa nazionale, il SMA rimane un nodo irrisolto che mette alla prova la capacità del SSN di garantire equità, autodeterminazione e dignità anche nel fine-vita.

PAROLE CHIAVE: suicidio medicalmente assistito (SMA); Servizio Sanitario Nazionale (SSN); principi di bioetica; crisi bioetica; questioni di fine-vita

SOMMARIO: 1. SMA e interventi istituzionali: prime linee di inquadramento – 2. Criticità del SSN e richieste di SMA: un rapporto controverso – 3. La crisi del Servizio Sanitario Nazionale non è solo una crisi di risorse – 4. Una realtà paradossale: le prestazioni (e il SMA) sono accessibili solo a chi può pagare? – 5. Quale valore ha, ancora, il principio di autonomia rispetto ad un SMA? – 6. Alcune considerazioni conclusive.

1. SMA e interventi istituzionali: prime linee di inquadramento

In Italia, una richiesta di suicidio medicalmente assistito (di seguito, SMA), come stabilito dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019¹, per essere considerata lecita, deve presentare stringenti requisiti: deve pervenire da un soggetto adulto e capace, affetto da una malattia irreversibile a prognosi infausta, fonte di intollerabili sofferenze fisiche o psicologiche, in presenza di un trattamento di sostegno vitale², e deve essere rivolta ad una struttura del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito, SSN) dopo un parere obbligatorio, ma non vincolante, del Comitato Etico territorialmente competente. La Corte costituzionale, oltre alla sentenza n. 242/2019, ha ulteriormente precisato le circostanze e le condizioni di liceità del SMA, con la pronuncia n. 135/2024³ e con due più recenti sentenze, la n. 66/2025⁴, e la n. 132/2025⁵. In linea con le precedenti decisioni, con le ultime due pronunce, la Corte ha sancito che non è costituzionalmente illegittimo subordinare la non punibilità dell'aiuto al suicidio al requisito che il paziente necessiti, secondo la valutazione medica, di un trattamento di sostegno vitale, ritenendo non fondate varie questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 580 del Codice penale

¹ Il testo della sentenza n. 242/2019 è consultabile al seguente indirizzo: <https://www.cortecostituzionale.it/action-Pronuncia.do> (ultimo accesso 04/09/2025). Per un approfondimento sulle questioni etico-giuridiche della sentenza, P. BORSSELLINO, *La sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019: presupposti, punti fermi e questioni aperte* in G. D'ALESSANDRO, O. DI GIOVINE, *La Corte costituzionale e il fine vita. Un confronto interdisciplinare sul caso Cappato-Antoniani*, Torino, 2020, 38-59. ID., *La sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019: verso un diritto che garantisce la dignità di ogni individuo sino alla fine della vita*, in *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, 1, 2020, 30-50.

² Sul punto, cfr. il Documento, del 20 giugno 2024, di *Risposta* del Comitato Nazionale per la Bioetica al Quesito del Comitato Etico Territoriale della Regione Umbria, del 3 novembre 2023, in tema di definizione di criteri di trattamento di sostegno vitale. Il testo del documento è consultabile al seguente indirizzo <https://bioetica.governo.it/it/documenti/risposte/risposta-al-quesito-del-comitato-etico-territoriale-della-regione-umbria/> (ultimo accesso 04/09/2025)

³ Il testo della sentenza n.135/2024 è consultabile al seguente indirizzo: <https://www.cortecostituzionale.it/action-Pronuncia.do> (ultimo accesso 04/09/2025).

⁴ Il testo della sentenza n.66/2025 è consultabile al seguente indirizzo: <https://www.cortecostituzionale.it/action-Pronuncia.do> (ultimo accesso 04/09/2025)

⁵ Il testo della sentenza n. 132/2025 è consultabile al seguente indirizzo: <https://www.cortecostituzionale.it/action-Pronuncia.do> (ultimo accesso 04/09/2025).

italiano⁶. La Corte ha inoltre stabilito che deve essere il paziente richiedente ad autosomministrarsi il farmaco letale, escludendo la non punibilità di soggetti terzi che possano aiutare, nella somministrazione, il paziente stesso.

Le sentenze richiamate hanno evidenziato che il suicidio medicalmente assistito in Italia si configura come una «una posizione soggettiva tutelata»⁷, anche se fortemente “condizionata”. Si tratta di un diritto soggettivo estremamente limitato, le cui modalità di esercizio concreto dipendono da condizioni personali molto stringenti dei pazienti richiedenti e riguardano, allo stesso tempo, iter procedurali ancora disomogenei e complessi, che devono essere ottemperati in strutture pubbliche, in assenza di una legge specifica sul tema.

Se, da un lato, le rigorose condizioni individuate dalla Corte sono considerate necessarie, per prevenire il pericolo di abusi a danno di soggetti deboli e vulnerabili, e per «contrastare derive sociali o culturali che inducano le persone malate a scelte suicide, quando invece ben potrebbero trovare ragioni per continuare a vivere, ove fossero adeguatamente sostenute dalle rispettive reti familiari e sociali, oltre che dalle istituzioni pubbliche nel loro complesso»⁸, dall'altro lato rappresentano, altresì, motivo di seria considerazione del tema della morte medicalmente assistita, come si configura attualmente nel nostro Paese.

Riflettendo sulle numerose *condizioni* che rendono difficile l'accoglimento di una richiesta di SMA, e pur riconoscendo fin dalla sentenza 242/2109 il coinvolgimento del SSN, è con la sentenza n. 66/2025 che viene chiaramente evidenziato, per la prima volta in una pronuncia della Corte costituzionale, il complesso e difficile rapporto tra (effettività del) la prestazione di SMA e lo stato attuale del SSN.

La Corte ha infatti rammentato che costituisce preciso “dovere della Repubblica” garantire «adeguate forme di sostegno sociale, di assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare continuativa, perché la presenza o meno di queste forme di assistenza condiziona le scelte della persona malata e può costituire lo spartiacque tra la scelta di vita e la richiesta di morte»⁹. In proposito, i giudici della suprema Corte hanno osservato che, ancor oggi, nel nostro Paese, non è garantito un accesso universale ed equo alle cure palliative nei vari contesti sanitari, sia domiciliari che ospedalieri¹⁰; inoltre, vi sono spesso lunghe liste di attesa; si sconta una mancanza di personale adeguatamente formato e una distribuzione territoriale dell'offerta troppo divaricata; e la stessa effettiva presa in carico da parte del servizio sociosanitario, per queste persone, è a volte insufficiente¹¹.

Più specificamente, la Corte ha esplicitamente rinnovato, «con decisione, lo *stringente appello* al legislatore (sentenza n. 135 del 2024, punto 10 del “Considerato in diritto”) affinché dia corso a un adeguato sviluppo delle reti di cure palliative e di una effettiva presa in carico da parte del sistema sanitario e sociosanitario, al fine di evitare un ricorso improprio al suicidio assistito»¹².

⁶ L'articolo 580 c.p. disciplina il reato di istigazione o aiuto al suicidio. Per approfondire si rinvia al *Forum* dal titolo *Le dimensioni della normatività. A proposito delle recenti pronunce della Corte costituzionale sul suicidio medicalmente assistito* in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2020, 195 ss.

⁷ Cfr. il terzultimo capoverso del punto 3.1 del *Considerato in diritto* della sentenza n. 132/2025.

⁸ Cfr. paragrafo 7.2 del *Considerato in diritto* della sentenza n.66/2025.

⁹ Cfr. ultimo capoverso del paragrafo 7.2 del *Considerato in diritto* della sentenza n. 66/2025.

¹⁰ S. NERI, *Il Servizio Sanitario Nazionale e la riforma dell'assistenza territoriale: tra collasso e rilancio*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 1, 2023, 3-17.

¹¹ Cfr. paragrafo 7.3 primo capoverso del *Considerato in diritto* della sentenza n. 66/2025.

¹² Cfr. paragrafo 7.3 ultimo capoverso del *Considerato in diritto* della sentenza n. 66/2025.

La Corte pare dunque prendere in esame due possibili e differenti orientamenti etici dei pazienti, riguardo alle scelte di fine-vita, rispetto ai quali il SSN gioca un ruolo centrale, a garanzia dell'esercizio del diritto alla salute: un primo orientamento, è volto a dare preferenza alle cure attive – ove ancora proporzionate e praticabili – o alle cure palliative; un secondo, invece, in presenza di una situazione soggettiva estremamente gravativa, è volto a chiedere un intervento professionalmente qualificato degli operatori del servizio sanitario non per continuare le cure, ma per mettere in pratica un SMA. Ciò che legittima le varie possibili scelte etiche, dal punto di vista giuridico, riguardo al primo indirizzo, è la volontà dei pazienti, adulti e capaci, di acconsentire, rifiutare, o sospendere un trattamento, sulla base della legge n. 219/2017¹³; riguardo al secondo, oltre alla manifestazione inequivoca, espressa e libera di essere aiutati a morire in un contesto assistenziale adeguato, è la verifica, caso per caso, dei requisiti soggettivi individuati nella sentenza n. 242/2019.

Non è stato dato, pertanto, un *endorsement* al SMA *tout court*. Si rileva, infatti, che nelle prudenti e bilanciate argomentazioni offerte¹⁴, la Corte ha considerato compatibile con l'esercizio del fondamentale diritto alla salute sia la scelta di quei pazienti che vogliono continuare, ove possibile, con le cure disponibili, sia l'opzione di coloro che, invece, per la condizione personalissima in cui si trovano, scelgano di essere aiutati a morire, attraverso una richiesta di SMA. In entrambi i casi, però, è posto l'accento sul SSN, chiamato ad erogare in concreto terapie, cure, e assistenza, a seconda della situazione e del contesto, e anche specialmente nel caso di una positiva verifica delle condizioni di un soggetto richiedente un SMA.

Sul punto, infatti, la sentenza n. 66/2025 ha «ribadito con forza l'auspicio [...] che il legislatore e il Servizio sanitario nazionale intervengano prontamente ad assicurare concreta e puntuale attuazione a quanto stabilito dalla sentenza n. 242 del 2019, ferma restando la possibilità per il legislatore di dettare una diversa disciplina nel rispetto delle esigenze richiamate ancora una volta dalla presente pronuncia»¹⁵. Il ruolo imprescindibile del SSN, specie in riferimento alla messa in atto di un SMA, è stato poi ribadito dalla Corte, con la sentenza n. 132/2025, quando ha sancito che: «Deve infatti affermarsi che la persona rispetto alla quale sia stata positivamente verificata [...] la sussistenza di tutte le condizioni da questa Corte indicate nella sentenza n. 242 del 2019 e precisate nella sentenza n. 135 del 2024 [...] ha diritto di essere accompagnata dal Servizio sanitario nazionale nella procedura di suicidio medicalmente assistito»¹⁶.

In questo contributo, pertanto, dopo aver contestualizzato il SMA come una procedura esigibile entro il SSN, si porterà attenzione ad alcune criticità di ordine bioetico riferibili all'attuale situazione del SSN italiano. Tali elementi, anche se possono sembrare non così marcati, sono invece rilevanti, specie in riferimento al tema della morte medicalmente assistita¹⁷, poiché mettono in stretta relazione le difficoltà di una richiesta e di un successivo ottenimento di un SMA, e lo stato in cui versa, attualmente, il SSN.

¹³ Legge 22 dicembre 2017, n. 219, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.

¹⁴ Cfr. *infra*, ultimo paragrafo del presente contributo.

¹⁵ Cfr. paragrafo 8 del *Considerato in diritto* della sentenza n. 66/2025.

¹⁶ Cfr. terzultimo capoverso del paragrafo 4 del *Considerato in diritto* della sentenza n. 132/2025.

¹⁷ F.G. PIZZETTI, *L'autodeterminazione alla fine della vita: punti di riferimento costituzionali, disciplina legislativa e applicazioni giurisprudenziali*, in M.G. SALVADORI (a cura di), *Scelte e cure di fine vita: profili giuridici, etici, clinici. Scenari europei a confronto*, Torino, 2024, 3-38.

2. Criticità del SSN e richieste di SMA: un rapporto controverso

Le richiamate sentenze n. 66/2025 e n. 132/2025 della Corte costituzionale, nel forte e rinnovato appello al legislatore affinché introduca una normazione puntuale sul tema della morte medicalmente assistita, denotano una certa continuità con le pronunce precedenti (n. 242/2019 e n. 135/2024). L'intento è chiaro: da diversi anni è auspicata una regolazione del SMA con legge nazionale, superando le criticità ad oggi presenti. Da una parte, infatti, esiste una difficoltà "politica" sul tema, segnata anche dai ricorsi istituzionali contro iniziative regionali (come nei casi di Emilia-Romagna, Toscana e Sardegna¹⁸). Dall'altra parte, proprio in assenza di una regolazione generale a livello legislativo, esistono prassi differenziate e disomogenee, sia riguardo alle procedure (tempi, modalità di gestione delle eventuali richieste pervenute etc.), sia riguardo alle effettive garanzie dei soggetti coinvolti, pazienti ed operatori sanitari. Questa situazione rende difficile sul piano professionale, etico, bioetico e giuridico, mettere in atto adempimenti adeguati, nel caso di pazienti che abbiano soddisfatto i requisiti necessari per accedere ad un SMA, e allo stesso tempo accentua, con una dilazione ulteriormente dolorosa, nel vissuto personale dei pazienti richiedenti, eventuali (possibili) criticità di ordine pratico e organizzativo, con conseguenti – e non infrequenti – differimenti, poiché i casi di attuazione di un SMA, il più delle volte, hanno avuto luogo sulla base di procedure individuate *ad hoc* e messe in atto da singole strutture.

La Corte, fin dalla sentenza n. 242/2019 aveva richiamato il coinvolgimento del SSN, poiché aveva stabilito che: «Similmente a quanto già stabilito da questa Corte [...], la verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio deve restare peraltro affidata – in attesa della declinazione che potrà darne il legislatore – a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale»¹⁹. In relazione a questa pronuncia, si sarebbe potuto pensare che il SSN fosse il contesto pubblico, a garanzia dei soggetti coinvolti, entro il quale effettuare *solo le verifiche di idoneità* della richiesta di SMA, in relazione ai requisiti individuati dalla Corte stessa. Per qualche tempo, pertanto, la questione della sede appropriata per la concreta attuazione di un SMA è rimasta sullo sfondo. È tuttavia con la sentenza n. 66/2025 che la Corte precisa il ruolo del SSN sul punto: riguardo al tema della morte medicalmente assistita, il Servizio Sanitario Nazionale, sulla base

¹⁸ L'Emilia-Romagna, nel febbraio 2024, con la delibera n. 44/2024, ha adottato una procedura operativa per la valutazione delle richieste di SMA e per stabilire tempi e procedure certe per l'assistenza in caso di accoglimento di una richiesta di SMA; ad oggi, tuttavia, è in corso un contenzioso al Tar, per iniziativa di alcuni consiglieri regionali di minoranza, che ha sospeso l'operatività della delibera stessa. Inoltre, il Governo italiano ha presentato ricorso alla Corte costituzionale contro la legge 15 marzo 2025, n. 16 della Toscana, *Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024*. Il Testo integrale è consultabile al seguente indirizzo: <https://raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/articolo?urndoc=urn:nir:regione.toscana:legge:2025-03-14;16> (ultimo accesso 04/09/2025). Gli estremi del ricorso sono consultabili, in attesa del pronunciamento della Corte, a questo indirizzo: https://www.cortecostituzionale.it/ricorsi.do?operazione=ricerca_avanzata (ultimo accesso 04/09/2025). Allo stesso modo, l'Esecutivo, nel mese di novembre 2025, ha dichiarato di voler impugnare davanti alla Corte costituzionale anche la legge regionale della Sardegna 18 settembre 2025, n.26, *Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019*, il cui testo è consultabile al seguente indirizzo: <https://leggi regionali.regione.sardegna.it/legge-regionale?data=18-9-2025&numero=26> (ultimo accesso 03/12/2025).

¹⁹ Cfr. il penultimo capoverso, punto 5, del *Considerato in diritto* della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019. Il corsivo è nostro.

dell'articolo 117 della Cost.²⁰ e della legge n. 833/1978²¹, nella gestione dei “servizi di salute”, è qualificato dalla Corte come la principale istituzione coinvolta per dare effettività ad una legittima richiesta di SMA²². Il richiamo non pare casuale, perché il fondamentale diritto alla salute (art. 32 Cost.) necessita di concretezza riguardo alle risposte da offrire di fronte a (nuovi) bisogni: in questo senso, infatti, si è espressa la Corte, con la successiva sentenza, n. 132/2025. Al tempo stesso, è proprio la Corte a non tacere e, anzi, ad evidenziare i crescenti problemi e la crisi strutturale del SSN. Infatti, nella sentenza n. 132/2025, la Corte precisa che i pazienti che hanno i requisiti per un SMA, come anticipato nel paragrafo precedente, non solo hanno «diritto di essere accompagnati dal “Servizio sanitario nazionale” nella procedura di suicidio medicalmente assistito», ma aggiunge una importante precisazione: coloro che hanno avuto positivo riscontro alla domanda di SMA, hanno altresì diritto alla attivazione del SSN per la sua realizzazione, nel senso che, «secondo i principi che regolano il servizio»²³, il SSN deve provvedere al «reperimento dei dispositivi idonei, laddove esistenti, e [al]l'ausilio nel relativo impiego»²⁴.

Sebbene appaia controintuitivo mettere in relazione la situazione di grave preoccupazione che desta l'attuale condizione del SSN italiano con la questione eticamente controversa del SMA, nei paragrafi successivi si offriranno alcuni elementi, volti ad evidenziare da un lato, la pertinenza del SMA rispetto al SSN e, dall'altro lato, come la “crisi bioetica” del SSN renda ancora più problematiche la richiesta e l'attuazione di un SMA.

3. La crisi del Servizio Sanitario Nazionale non è solo una crisi di risorse

Lo stato in cui versa il SSN italiano oggi è considerato un fenomeno di grave e perdurante crisi economico-gestionale generale, che da tempo determina carenze di servizi erogati con tempestività ed efficienza²⁵. Tuttavia, fin da una prima analisi, non emerge solo questo: il SSN sta attraversando una “crisi bioetica”, vale a dire la più grave messa in discussione dei valori dell'etica biomedica (nel merito: la messa in discussione dell'agire degli operatori sulla base dei principi di beneficenza, non maleficenza, giustizia e

²⁰ La norma costituzionale sancisce l'esclusiva competenza dello Stato (e non delle Regioni) in tema di salute. Il testo è integralmente consultabile al seguente indirizzo: <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-ii/titolo-v/articolo-117> (ultimo accesso 04/09/2025).

²¹ Il testo integrale della legge n. 833/1978 è consultabile al seguente indirizzo: https://presidenza.governo.it/USRI/ufficio_studi/normativa/Legge%202023%20dicembre%201978,%20n.%20833.pdf (ultimo accesso 04/09/2025).

²² F. RIMOLI, *La complessa polifonia delle Corti*, in G. FORNERO, F. RIMOLI, R. D'ANDREA, *Diritto di vivere e di morire*, Torino, 2025, in particolare 186-205.

²³ Cfr. il terzultimo capoverso, punto 3.2, del *Considerato in diritto* della sentenza della Corte costituzionale n. 132/2025.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ N. DIRINDIN, *La sanità italiana tra crisi ed eccellenza*, in *il Mulino*, 3, 2020, 408-4141; N. FORMISANI, S. GRASSI, I. PINEDA DAUDINOT, *Salute in Italia: ancora un diritto per tutti? Un confronto col sistema sanitario cubano*, in *BioLaw Journal - Rivista di Biodiritto*, 4, 2021, 75-89; A. BRUSCIA, N. COSTALUNGA, *Diritto alla salute nell'Italia post-pandemica: tra fragilità strutturali e retorica politica*, in *Heteroglossia. Quaderni di Linguaggi e Interdisciplinarietà*, 19, 2023, 39-71.



autonomia²⁶) dal 1978 ad oggi²⁷, con maggiori e ulteriormente gravi ripercussioni su situazioni che richiedono prestazioni particolari (come quelle legate al SMA).

Un elemento che spesso porta a confondere la messa in discussione del principlismo bioetico, scambiandolo per una crisi economico-organizzativa, è il fatto che, specie nel periodo post-pandemico, il SSN ha riscontrato diffuse, gravi inefficienze. Solo a titolo di esempio, l'attuale scenario si caratterizza per liste di attesa con tempi di erogazione di prestazioni non accettabili, poiché la prima data disponibile per prenotare un accertamento/esame/intervento viene fissata ad oltre un anno di distanza dalla richiesta. Il comparto dei servizi di salute, inoltre, è stato quello maggiormente colpito del fenomeno delle "grandi dimissioni"²⁸, vale a dire da personale che si licenzia o che chiede di andare in pensione anticipata, a causa del forte stress lavorativo a cui è sottoposto. In generale, gli operatori sanitari sono percepiti e si qualificano come risorsa umana sottopagata²⁹, iper-burocratizzata, sottostimata, che preferisce affrontare l'incertezza di perdere il lavoro, piuttosto che continuare a svolgere la professione nelle condizioni date, o che accetta di svolgere professioni altre, o, ancora, laddove ve ne sia la possibilità, che decide di lavorare all'estero.

La risposta politico-giuridica delle istituzioni, a fronte di una tale situazione, si è tradotta da una parte, solo in retoriche affermazioni di adeguate dotazioni finanziarie a livello generale e, dall'altra parte, nella ricerca, specie nei Servizi sanitari regionali, di risorse non solo economiche, come la campagna di reclutamento di figure professionali sanitarie, talvolta anche senza adeguata formazione³⁰, sulla base dell'argomento di poter contare sull'immediata disponibilità di nuova forza-lavoro, dietro il corrispettivo di un elevato compenso, (anche) per singoli turni. Si sono verificate situazioni atipiche, vale a dire incarichi con retribuzioni orarie molto elevate, per prestazioni sanitarie della durata di pochi giorni o addirittura poche ore, concentrate però in turni di lavoro massacranti (è il fenomeno dei c.d. gettonisti o turnisti³¹, cioè professionisti che, in via preferenziale o in aggiunta ad altri incarichi o contratti all'interno di strutture sanitarie, senza avere legami professionali o conoscenza dei reparti, sono chiamati a lavorare per turni di 12/18 ore, in ragione della propria preparazione "specialistica")³².

Gli studi interdisciplinari sul tema, tuttavia, hanno rilevato che «il problema non è la carenza di risorse economiche, o di medici o infermieri in generale, ma l'insufficiente dotazione (di operatori e strumentazione) in alcune specialità, come ad esempio le cure palliative, la chirurgia toracica e vascolare, la biochimica clinica, la microbiologia e la virologia»³³, che sono tradizionalmente erogate dal Servizio pubblico, e

²⁶ T. L. BEAUCHAMP, J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, 7th Edition, Oxford, 2015.

²⁷ F. TARONI, *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale*, Roma, 2019. S. NERI, *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, 3, 2008, 97-114.

²⁸ F. COIN, *Le grandi dimissioni. Il nuovo rifiuto del lavoro e il tempo di riprenderci la vita*, Torino, 2023; N. Bosco, *Stanchi, disillusi e arrabbiati: spunti di riflessione sulla condizione dei medici nell'era post Covid*, in *Sociologia del lavoro*, 171, 2025, 146-164.

²⁹ Sul punto, si rinvia ai numerosi contributi presenti nel *Forum* pubblicato su *Notizie di Politeia*, 157, 2025, 5-69.

³⁰ R. TARRICONE, V. D. TOZZI, *Le lezioni incomprese della pandemia, in eco. Rivista mensile di economia*, 3, 2024, 38-41.

³¹ V. MOLASCHI, *Il caso dei medici "gettonisti": quando la soluzione è peggiore del problema che si vuole risolvere*, in *Responsabilità medica*, 2, 2024, 211-217.

³² T. BOERI, *L'emergenza dimenticata*, in *eco. Rivista mensile di economia*, 3, 2024, 3-5; cfr., nel merito, specialmente P. VINEIS, *Quale cura per il sistema sanitario pubblico*, in *eco. Rivista mensile di economia*, 3, 2024, 16-19.

³³ M. MACIS, M. TONIN, *Medici e infermieri: dove trovarli*, in *eco. Rivista mensile di economia*, 3, 2024, 32-37, in particolare 30-31.

che sono considerate, al tempo stesso, aree di competenza biomedica particolarmente problematiche e complesse, e in quanto tali, poco attrattive per nuovi investimenti e nuovo personale, mentre «altre specialità, come oftalmologia, dermatologia e cardiologia, offrono opportunità nel settore privato e non mostrano segni di crisi»³⁴.

Se questi rilievi possono, forse, spiegare una parte della complessità del fenomeno attuale, non va dimenticato che, a seguito di precise scelte di politica sanitaria degli ultimi vent'anni³⁵, il SSN è messo nella condizione di subire una feroce concorrenza dai fornitori privati di assistenza sanitaria. Infatti,

vi sono distorsioni nella distribuzione delle risorse di personale (medici specialistici, in particolare) dovute agli incentivi del settore privato: [...] si assiste ad una emorragia dal settore pubblico a quello privato, non solo per le retribuzioni relativamente basse, ma anche per aspetti gestionali, organizzativi e amministrativi e per la mancanza di personale non medico che sia adeguatamente preparato, come per esempio per il personale infermieristico³⁶.

Quelle qui appena richiamate sono le principali criticità ricorrenti, su tutto il territorio nazionale. La situazione descritta denota però, come è stato anticipato, anche gravi preoccupazioni di ordine etico e bioetico.

All'interno di una rete di servizi sanitari messa quasi in ginocchio, che riesce a fatica e con tempi e qualità di prestazioni peggiorate rispetto al pre-pandemia³⁷ a dare (insufficienti) risposte ai pazienti, in generale, è difficile sostenere che si agisca "eticamente". Questo, sul piano dell'etica biomedica, significa la violazione dei principi di non maleficenza, di beneficenza, di giustizia e di autonomia, perché le scelte di salute dei pazienti sono messe in discussione, l'erogazione tardiva dei servizi arreca danni ai soggetti e non si contribuisce alla realizzazione del miglior interesse dei pazienti, né è possibile garantire un equo accesso a servizi (minimi) di salute³⁸.

In breve, la crisi del sistema SSN è una crisi di principi, che non riguarda solo singoli operatori, ma la qualificazione del SSN stesso come infrastruttura meritevole di costante e prioritaria attenzione etico-politica ed etico-giuridica, e che non è più considerata, tanto a livello nazionale, quanto ai livelli decentrati, istituzione necessaria e nevralgica da favorire, garantire e tutelare per favorire, garantire e tutelare l'esercizio del fondamentale diritto alla salute, ad essa strettamente collegato e interdependente.

La crisi dell'etica biomedica sottesa al SSN ha ripercussioni su tutte le prestazioni in generale³⁹, e le richieste di SMA, in particolare, diventano, non solo sul piano pratico-organizzativo, ma soprattutto su quello

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ R. TARRICONE, V. D. TOZZI, *Le lezioni incomprese della pandemia*, cit., 39.

³⁶ R. TARRICONE, V. D. TOZZI, *op. cit.*, 40.

³⁷ Sul punto, si rinvia ai contributi specifici sul tema, presenti nel numero dedicato alla crisi del diritto alla salute di *BioLaw Journal – Rivista di Biodiritto*, 2, 2019. Tra i molti, I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale*, oggi in *BioLaw Journal- Rivista di Biodiritto*, 2, 2019, 13-33; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, in *BioLawJournal – Rivista di Biodiritto*, 2, 2019, 117-146.

³⁸ La crisi bioetica non riguarda, purtroppo, solo il contesto italiano: per un approfondimento, H. TEN HAVE, *The challenges of global bioethics*, in *Global Bioethic*, 1, 2022, 41-44; I. CAMBRA-BADII, E. BUSQUETS-ALIBÉS, N. TERRIBAS-SALA, J.-E. BAÑOS, (Eds.), *Bioethics: Foundations, Applications and Future Challenges*, (1st ed.), Florida, USA, 2023. (ultimo accesso 04/09/2025).

³⁹ Questa è la conclusione della fondazione GIMBE in merito ai dati presentati il 06 agosto 2025 dal Ministero della Salute, nella *Relazione sul Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia 2023*, che attesta un forte

etico, le più spinose e complesse da gestire. Le strutture sanitarie pubbliche, come ricordato nei paragrafi precedenti, di fronte ad una richiesta di SMA che soddisfi i requisiti della Corte costituzionale, non hanno elementi “etici e normativi” precisi sulla base dei quali predisporre procedure condivise e generalizzate, rispettose dei diritti dei soggetti richiedenti e con modalità tali da poter garantire, in tempi ragionevoli, la messa in atto del SMA. Tale realtà, dunque, peggiora l’accesso ad una assistenza specifica, relativa a soggetti già molto provati, arrecando, proprio ai pazienti richiedenti un SMA, un ulteriore danno ingiusto, poiché sono procrastinate sofferenze che, di principio, dovrebbero essere evitate e che, proprio nel caso di un SMA autorizzato, dovrebbero essere tempestivamente interrotte, per mezzo di un’assistenza sanitaria qualificata, che aiuti i soggetti nella messa in atto di un ultimo atto autonomo suicidario.

Potrebbe infine essere considerato controintuitivo qualificare il SMA come una prestazione sanitaria: tuttavia, il suicidio di cui si parla è “medicalmente assistito”, vale a dire non è una qualunque forma di suicidio, ma un tipo specifico e preciso, per il quale l’assistenza e le prestazioni necessarie per la sua erogazione sono messe in atto con l’attiva e imprescindibile collaborazione di operatori sanitari, all’interno di strutture del SSN.

“Medicalmente assistito” sono infatti le due parole che denotano la specificità della richiesta suicidaria, la cui messa in atto, se anche nel suo ultimo gesto è del paziente, in tutto quello che viene prima (struttura del SSN contattata, medici, infermieri, psicologi coinvolti nella valutazione del paziente, comitato etico territorialmente competente; reperimento del farmaco/macchinari/attrezzatura; scelta del setting del SMA etc.) è di stretta rilevanza del contesto medico–assistenziale e sanitario, in generale. E anche in tutto quello che avviene “durante”: la somministrazione non è di un composto letale qualsiasi, ma di uno o più farmaci specifici, che hanno richiesto una prescrizione e rispetto ai quali, oggi, solo la somministrazione finale deve essere realizzata dal paziente richiedente. In questo quadro, il ruolo attivo del SSN e degli operatori sanitari è indispensabile.

Pertanto, maggiori sono le criticità di equo accesso al SSN in generale, maggiori diventano le criticità per rendere effettiva, una volta accolta, la messa in atto dell’assistenza sanitaria per un paziente che chieda un SMA.

4. Una realtà paradossale: le prestazioni (e il SMA) sono accessibili solo a chi può pagare?

Il quadro, pur brevemente ricostruito nel precedente paragrafo, porta a considerare una ulteriore questione. L’intervento pubblico, fortemente segnato dalla messa in crisi del principalismo etico in sanità, risente di particolari criticità in relazione alla allocazione e distribuzione delle risorse⁴⁰: tale crisi si è

divario Nord-Sud nell’efficienza dei Servizi sanitari regionali e che denota un sensibile peggioramento dell’erogazione delle prestazioni, specie nelle Regioni in cui maggiore è la presenza di *competitor* privati nei servizi di salute. L. LISPI, A. NUZZO, *et. al.*, *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Relazione 2023*, Ministero della Salute, 2025, consultabile al seguente indirizzo: <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/monitoraggio-dei-lea-attraverso-il-nuovo-sistema-di-garanzia-relazione-2023/> (ultimo accesso 04/09/2025).

⁴⁰ L. FORNI, *La sfida della giustizia in sanità. Salute, equità, risorse*, Torino, 2016; si rimanda inoltre, al Report Osservatorio GIMBE, 4, 2023, *Il ruolo della filiera healthcare nel Servizio Sanitario Nazionale*. Fondazione GIMBE, Bologna, novembre 2023, disponibile al seguente indirizzo: https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2023.04_Ruolo_filiera_healthcare_nel_SSN.pdf (ultimo accesso 04/09/2025).

tradotta in costanti e diffuse difficoltà di accesso universalistico ai servizi di salute⁴¹, con l'ulteriore conseguenza di determinare la rassegnata accettazione – da parte dei pazienti utenti – della discriminazione, su base economica, nell'esercizio del diritto alla salute.

La capacità "economica" dei pazienti richiedenti di contribuire alla spesa e/o di pagare per le prestazioni richieste al SSN, a dire il vero, non è stato un requisito prioritario o centrale per l'accesso a cure o alle strutture pubbliche. Nel modello organizzativo originario del SSN italiano, infatti, il criterio di giusto accesso alle risorse e alle cure è stato l'universalismo⁴², sia in relazione al profilo soggettivo (chiunque ha diritto ad essere preso in carico e a ricevere cure e assistenza, sulla base dei suoi bisogni di cura e trattamento), sia in riferimento al profilo oggettivo, per specifiche richieste (nessun bisogno accertato, di principio, è da intendersi irricevibile): tale modello, per decenni, ha rappresentato un virtuoso esempio di applicazione dei principi di giustizia, (di non maleficenza e di beneficenza) e, più in generale, del principio di uguaglianza⁴³.

In breve, il SSN è stato caratterizzato, dal 1978⁴⁴, da scelte etico-politiche e interventi giuridico-amministrativi improntati alla "gratuità temperata delle prestazioni"⁴⁵. Pertanto, per rispondere a bisogni di equità allocativa e redistributiva, il SSN ha introdotto il sistema delle esenzioni di pagamento di prestazioni sulla base di predeterminati criteri (età, tipo di patologia, reddito etc.) e ha adottato la procedura del ticket d'accesso⁴⁶, affinché una sobria, contenuta e progressiva contribuzione da parte del paziente richiedente rendesse la prestazione fruibile in tempi accettabili, e fosse una richiesta sostenibile in riferimento alle risorse disponibili⁴⁷ (proprio coerentemente ai principi etici di sobrietà ed economicità)⁴⁸.

Con una serie di scelte politico - giuridiche, portate avanti negli ultimi due decenni⁴⁹, si è invece sistematicamente depotenziato tale sistema, la cui massima criticità si sta manifestando oggi. La concreta soddisfazione di bisogni di salute, infatti, non è più direttamente collegata al rispetto dell'etica biomedica e, per quanto attiene alla traduzione sul piano erogativo, all'efficienza del servizio sanitario pubblico, ma è divenuta direttamente dipendente dalla capacità economica individuale di poter pagare, per ottenere, in tempi ragionevoli, o brevi, accesso a prestazioni, cure, terapie, assistenza etc. A questo, si deve aggiungere il silenzio delle istituzioni su questo punto: non ci sono azioni politiche concrete, o pronunciamenti, non ci sono sentenze che, a differenze di quanto accadeva nei primi anni Dieci, sancivano che il SSN, a tutela della salute quale diritto fondamentale, andava istituzionalmente difeso «contro ogni iniziativa ostile»⁵⁰.

⁴¹ G. VICARELLI, *L'universalismo in sanità a 45 anni dalla istituzione del Ssn*, in *Politiche Sociali*, 1, 2023, 3-17.

⁴² G. VICARELLI, *Il Servizio sanitario nazionale all'indomani della sua istituzione*, in *Italia Contemporanea*, 301, 2023, 71-98.

⁴³ P. VINEIS, *Quale cura per il sistema sanitario pubblico*, cit., in particolare 16-17.

⁴⁴ R. ZANOLA, *Produzione pubblica di beni privati: perché esiste la sanità pubblica*, in *Stato e Mercato*, 1, 1999, 151-177, in particolare 152 ss.

⁴⁵ P. VINEIS, *Quale cura per il sistema sanitario pubblico*, cit., in particolare 18.

⁴⁶ V. REBBA, *I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure?*, in *Politiche sanitarie*, 10, 2009, 221-242.

⁴⁷ V. REBBA, *I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure?*, cit., in particolare 224-229.

⁴⁸ P. VINEIS, *Quale cura per il sistema sanitario pubblico*, cit., in particolare 18.

⁴⁹ M. GEDDES DA FILICAIA, C. GIORGI, *L'espansione del privato in sanità: il caso italiano nel contesto globale*, in *Politiche Sociali*, 3, 2023, 425-444.

⁵⁰ Cfr. penultimo capoverso del punto n. 2 della sentenza Cass. civ. n. 17641/2006, ripreso e commentato in L. FORNI, *La sfida della giustizia in sanità. Salute, equità, risorse*, cit., 56 ss.

Qualche sporadica esternazione di figure pubbliche, volta a stigmatizzare, sul piano dell'etica pubblica, tale situazione, si è concretizzata in alcuni documenti, come alcuni manifesti⁵¹ di studiosi e intellettuali, a dire il vero piuttosto criticati dagli stessi operatori sanitari⁵² e, oltretutto, ignorati dai decisori pubblici. Le iniziative, specie quelle volte a rendere la salute un *asset* di mercato economico – finanziario, si sono invece moltiplicate e radicate⁵³. L'etica di senso comune potrebbe considerare tale situazione il riflesso della frammentazione, a livello decentrato, del SSN. Si dirà: «è la presenza di venti sistemi sanitari regionali, non coordinati fra loro, che determina la peggiore crisi del SSN dalla sua istituzione». Si dirà, ancora: «siamo in un momento di transizione», poiché devono essere emanati i decreti attuativi della legge sulla autonomia differenziata⁵⁴, che deve definire i livelli essenziali delle prestazioni (LEP), concernenti i diritti che devono essere garantiti sia su tutto il territorio nazionale⁵⁵, sia a livello decentrato⁵⁶, anche per potenziare i servizi territoriali⁵⁷.

Se è vero che il sistema delle fonti normative è di particolare difficoltà interpretativa, al momento, e se è vero che le risorse di salute sono entrate in crisi con la pandemia del 2020⁵⁸; è tuttavia altresì vero che, dall'immediato periodo post-pandemico, in Italia, il SSN non solo non ha ricevuto adeguate risorse e,

⁵¹ M.E. SARTOR, C. ALFIERI, D. DIBITONTO, S. GRASSI, G. GRAZIANO, J. MANNINO, A. MUSCOLINO, L. STROHMENGER, *La crisi del SSN: quello che il "Manifesto degli scienziati" non dice*, Gruppo di studio per la Salute del Futuro, giugno 2024, il cui testo è consultabile al seguente indirizzo: <http://www.sossanita.org/wp-content/uploads/2024/04/Appello-non-posiamo-fare-a-meno-ssn.pdf> (ultimo accesso 04/09/2025).

⁵² Confronta quanto presente al seguente indirizzo: https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=122728 (ultimo accesso 04/09/2025).

⁵³ C. ROMAGNOLI, *Dimensioni, processi ed esiti del privato in sanità*, in *La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*, 3, 2024, 339-363.

⁵⁴ La legge 26 giugno 2024, n.86, *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*, la c.d. "legge sull'autonomia differenziata", non ha ancora ricevuto, ad oggi, alcun decreto di attuazione; la situazione diventa pertanto problematica, in ragione del necessario coordinamento con le altre fonti normative, specie in tema di servizi sanitari regionali.

⁵⁵ M. DAVOLI, S. GABRIELE, F. PALLANTE, *Il diritto alla salute a pezzi: autonomia differenziata e sanità*, documento delle Giornate residenziali di politica sanitaria organizzate da LABOSS, Laboratorio su salute e sanità, 7 settembre 2024, consultabile al seguente indirizzo: <https://www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2024/09/Il-diritto-alla-salute-a-pezzi-autonomia-differenziata-e-sanita.pdf> (ultimo accesso 04/09/2025).

⁵⁶ C. TUBERTINI, *L'assistenza territoriale in trasformazione. Il ruolo delle comunità e delle istituzioni*, in *Lavoro e diritto*, 3, 2024, 393-412.

⁵⁷ Si rinvia al Decreto del Ministero della salute del 23 maggio 2022, n. 77, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*, che ha riorganizzato i servizi decentrati di salute, specie con riferimento alla "sanità territoriale": il decreto introduce nuovi modelli organizzativi, come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, per garantire una presa in carico più efficace dei cittadini, specialmente quelli con patologie croniche o fragilità. Il testo del decreto è consultabile al seguente indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG>. (ultimo accesso 04/09/2025). Per alcuni profili di analisi, T. ANDREANI, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2023, 335-359. Infine, S. BUOSO, *La Casa della Comunità: un modello (per ora incompiuto) di professionalità collaborativa*, in *Lavoro e Diritto*, 3, 2024, 459-481.

⁵⁸ L. DELL'ATTI, G. NAGLIERI, *Le fonti della crisi: fra esigenze unitarie e garanzie costituzionali nel governo dell'emergenza da CoViD-19*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2020, 135-143; C. CIARDO, *Il Servizio Sanitario Nazionale alla prova dell'emergenza CoViD-19: il rischio di una sanità diseguale*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2020, 227-238.

pertanto, non si è ripreso, ma risulta fortemente deteriorato e gli interventi politici e normativi, al contrario di quanto atteso, non hanno apportato significativi o produttivi cambiamenti⁵⁹.

Nel silenzio istituzionale, e senza che ci sia un solido fronte comune di intellettuali, giuristi, medici, bioeticisti, filosofi, economisti o accademici contro tale situazione, la salute – e la sua dimensione etica⁶⁰ – si è sostanzialmente “americanizzata”⁶¹: in alternativa ai servizi di SSN, sono aumentate le sottoscrizioni di polizze sanitarie private⁶² e il conseguente accesso a prestazioni fornite da istituzioni private⁶³.

Dovremmo interrogarci sulle conseguenze, etiche e giuridiche, che si produrrebbero se davvero fossimo in presenza di un’etica neoliberista per la salute, nella quale si invoca la “libertà” di scelta⁶⁴, che però diviene espressione retorica per affermare che la salute è da intendersi tanto più garantita, quanto più si può pagare per averla. Sembrerebbe, altresì, un modo propagandistico per affermare la prevalenza di interessi di gruppi economici privati nel fare *business* nella salute, a fronte di soggetti pubblici (ministero, strutture universitarie, policlinici, IRCCS etc.) che, in assenza di politiche di riequilibrio delle storture competitive del mercato, hanno dismesso l’impegno riguardo al servizio pubblico, universale e gratuito⁶⁵.

Senza demonizzare il ruolo che, nei servizi per la salute, hanno o possono avere soggetti privati, bisogna però distinguere due profili: un conto, a fronte di prestazioni concorrenziali, tra pubblico e privato, (concorrenziali riguardo ai tempi di erogazione, ai costi, alla qualità delle prestazioni, alla formazione/preparazione e competenza degli operatori etc.) è lasciare effettiva libertà di scelta al privato cittadino, per vagliare, tra livelli equiparabili, una o più opzioni possibili, sulla base di una autonoma valutazione. Se fosse vero che servizio pubblico e servizi privati sono “indifferenti”⁶⁶, non rappresenterebbe una criticità, né etica, né giuridica scegliere, sulla base di autonome valutazioni, se e come farsi curare, comparando i vantaggi (costi, tempi, adeguatezza delle strutture, competenza del personale) del servizio privato con

⁵⁹ L. LAMBERTI, *Considerazioni in tema di vincoli di bilancio e tutela del diritto alla salute*, in *amministrativ@mente*, *Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo*, 2, 2022, <https://www.amministrativamente.com/index.php/formez/issue/view/837> (ultimo accesso 04/09/2025).

⁶⁰ L. FORNI, *What is the referable Idea of Justice in Healthcare?* in *Philosophy Study*, 2, 2019, 86-100.

⁶¹ G.R. GRISTINA, *Diritto alla salute e alla sua tutela: principi fondamentali del sistema sanitario universalistico*, in *Recenti Progressi in Medicina*, 10, 2023, 581-589; G. CARBONI, *Il potere degli stati per la tutela della salute pubblica*, in *Diritto Pubblico Comparato ed Europeo – DPEC*, 1, 2021, 3-30.

⁶² M. CELIDONI, V. REBBA, *Spesa sanitaria privata e assicurazioni integrative: alcune evidenze dall’indagine SHARE*, in *Rivista di Politica Economica*, 1, 2024, 203-241; M. DEL VECCHIO, L. FENECH, V. RAPPINI, *I consumi privati in sanità*, in *Rapporto OASI 2019*, Milano, 2019, 221-274; N. DIRINDIN, *È tutta salute: In difesa della sanità pubblica*, Torino, 2018; L. QUAGLINO, *I costi dell’assicurazione sanitaria*, in AA. VV., *Analisi delle cause e proposte di policy per un mercato più efficiente*, Torino, 125, 2023, 1-18.

⁶³ M. GEDDES DA FILICAIA, C. GIORGI, *op. cit.*, in particolare 428 ss.

⁶⁴ P. VINEIS, *Quale cura per il sistema sanitario pubblico*, cit., in particolare 17.

⁶⁵ *Ibidem*.

⁶⁶ Sul concetto economico di “indifferenza” non è possibile dilungarsi in questa sede. Si rinvia, brevemente a E. ZACCAGNINI, *Legami tra curve d’indifferenza, dei baratti e di domanda*, in *Giornale degli Economisti e Annali di Economia*, 11-12, 1942, 546-562; D. DELLACASA, *Note sulle curve d’indifferenza*, in *Giornale degli Economisti e Annali di Economia*, 1, 1961, 482-502. Più recentemente: A. BARANI, *Fondamenti di Logica Teoria e Politica Economica: Principi, modelli, comportamenti, organizzazione*, Bologna, 2024; A. BERNARDESCHI, *L’economia politica fra scienza e ideologia. Prima parte*, in *Rivista di filosofia, storia e scienze umane*, 2, 2021, 232-255. Per un’analisi delle curve di indifferenza nel comparto dei servizi sanitari, G. CITONI, G. GAROFALO, *Servizi sanitari. Economia e Management*, Bologna, 2005. Per una differente nozione di “indifferenza”, come disvalore applicato alla sanità pubblica, si rinvia, invece a N. DIRINDIN, *La sanità pubblica tra indifferenza e laissez faire*, in *La rivista delle politiche sociali*, 2, 2016, 187-201.



quelli del pubblico. In breve, ciascuno potrebbe scegliere cosa, tra pubblico e privato, valga la pena⁶⁷ pagare, aspettare, spendere, etc. con risorse proprie.

Un conto molto diverso, invece, è dichiarare il SSN efficiente, dotato di personale, attrezzature, operatori, etc., alla pari del privato e poi, concretamente, non rendere disponibili la maggior parte delle prestazioni, se non con modalità e tempi inaccettabili rispetto ai bisogni di salute per i quali il SSN è stato istituito. Questa situazione genera la conseguente proliferazione di soggetti privati⁶⁸, che formalmente eseguono e rendono disponibili prestazioni non erogabili tempestivamente nel pubblico, ma il cui obiettivo non è curare rispetto al bisogno. Al contrario, l'obiettivo sarebbe curare rispetto alla capacità di pagare. Si considera l'accesso alle cure come il primo obiettivo per aumentare la fatturazione dei soggetti presenti sul mercato, con l'ulteriore, e fortemente sottovalutata conseguenza che, se tale pratica è funzionale ad aumentare il volume di transazioni, sarà considerato accettabile, altresì, indurre nella popolazione, (nuovi) bisogni di salute da trattare⁶⁹.

Se questo si realizzasse compiutamente, sarebbe il completo rovesciamento del modello della legge n. 833/1978; saremmo, inoltre, in una condizione di pericoloso, sistematico, continuo svuotamento della portata immediatamente prescrittiva dell'articolo 32 della Costituzione e degli articoli nn. 2 e 3 della Carta: stiamo del resto assistendo al progressivo aumento di difficoltà di ordine economico-sociale che, limitando di fatto l'esercizio del fondamentale diritto alla salute, limitano la libertà e l'uguaglianza dei cittadini⁷⁰.

Di fronte alla finalità generale "dell'etica del profitto", commisurata alla capacità di pagare dei pazienti richiedenti, che sta soppiantando l'obiettivo di predisporre servizi erogati per soddisfare il diritto fondamentale alla salute, la crisi bioetica dell'intero sistema appare ancora più evidente⁷¹.

I complessi profili di criticità del SSN ricordati in questo paragrafo diventano particolarmente problematici nelle questioni etiche e bioetiche di fine-vita, perché laddove vi sia una richiesta di un SMA, ad esempio, e laddove sia stata accolta, non sono state, come ci si sarebbe aspettato, fin da subito, le istituzioni sanitarie pubbliche a fornire farmaci, attrezzature e/o strumenti necessari per la sua realizzazione. Specie nei primi casi in Italia, se non fossero intervenute associazioni no-profit private⁷² a reperire personale, strumentazioni e quanto necessario, oltre a coprire i costi di farmaci e macchinari, le persone che avevano

⁶⁷ L. FORNI, *La sfida della giustizia in sanità*, cit., 152 ss.

⁶⁸ M. GEDDES DA FILICAIA, C. GIORGI, *op. cit.*, 425-444.

⁶⁹ C. GIORGI, *Politica e salute. La sanità italiana nella crisi del Welfare*, in *Studi storici*, 2, 2023, 345-376.

⁷⁰ G. COSTA, C. DI GIROLAMO, *Salute disuguale: un metro per valutare l'impatto dei cambiamenti*, in *Politiche Sociali*, n.3, 2023, 445-467.

⁷¹ Per un'analisi bioetica dei servizi sanitari basati non sul profitto, bensì sui diritti fondamentali degli individui, si rinvia a J.A. SEONE RODRIGUEZ, *A Rights-Based Theory for Health Justice*, in J.-A. SEONE RODRIGUEZ, O. VERGARA (Eds.), *The Discourse of Biorights: European Perspectives*, London, Berlin, New York, 2024, 1-19. (ultimo accesso 28/12/2025).

⁷² Il primo caso di SMA in Italia è stato possibile grazie all'aiuto medico, giuridico, amministrativo ed economico offerto, al paziente richiedente, dall'associazione Luca Coscioni, che ha sopperito, *in toto*, alle innumerevoli lacune e che ha gestito le molte difficoltà pratiche per dare esecuzione ad una adeguata assistenza al suicidio. Gli elementi del caso sono ricostruiti al seguente indirizzo: https://www.associazionelucacoscioni.it/notizie/comunicati/suicidio-assistito-mario-asur-marche-decide-farmaco?_gl=1*1v22bt8*_up*MQ.*_ga*MTgxOT-cxODg2Ny4xNzUyMDY3ODk2*_ga_QQMZLR1HRV*czE3NTIwNjc4OTYkbzEkZzAkdDE3NTI-wNjc5NDUkajExJGwwJGg2MDcyMjMzNDU (ultimo accesso 04/09/2025).

chiesto un SMA – e ottenuto un riscontro positivo –, non avrebbero potuto essere assistite, né mettere in pratica la loro ultima scelta.

In riferimento al SMA, del resto, non è nuovo il fenomeno del c.d. “turismo del suicidio”⁷³, operato da pazienti che, dietro esborsi considerevoli di migliaia di euro, per ottenere in tempi più rapidi accesso ad un SMA in strutture sanitarie straniere, sono disposti a viaggi e impegni economici rilevanti, pur di ottenere soddisfazione ad un loro bisogno, nel fine-vita, spesso reso fattualmente impraticabile nel loro Paese.

5. Quale valore ha, ancora, il principio di autonomia rispetto ad un SMA?

Sul piano bioetico, il principio che è stato maggiormente colpito, specialmente nelle questioni di fine-vita, è il principio di autonomia.

La rivoluzione sanitaria⁷⁴ che, dal 2020 è in atto, non ha colpito “direttamente” la salute come diritto fondamentale della persona, che resta qualificata come tale nella Carta costituzionale, all’articolo 32, e dal quale discende la legittimità di ogni scelta autonoma riguardo alle cure e agli interventi sul corpo.

Tuttavia, nei fatti, concretamente, la salute è resa un diritto debole⁷⁵, che si sta degradando, specie nelle questioni di fine-vita. Questo è tanto più evidente quando le scelte autonome sulla salute riguardano questioni morali personali e controverse, relative, ad esempio, all’autodeterminazione riguardo un SMA. In questi casi, però, l’etica pubblica iperliberista che si sta radicando in Italia⁷⁶ in riferimento alla salute in generale, lascia il posto e rigurgiti di paternalismo e vitalismo⁷⁷. C’è infatti una perdurante ostinazione istituzionale nel contrastare, con ricorsi *ad hoc*, le iniziative, procedurali e/o legislative di livello regionale, volte ad offrire ai pazienti tempi e modalità certe in caso di positiva valutazione di una richiesta di SMA. Questa situazione si può spiegare “col rifiuto etico” di riconoscere legittimità alle “scelte autonome” di pazienti adulti e capaci, quando intendono progettare (anche) la propria morte con un’assistenza al suicidio; inoltre, appare difficile giustificare, sulla base di altri argomenti, il prolungato silenzio del Legislatore, a cui proprio la Corte costituzionale, nelle sentenze degli ultimi anni, ha rivolto un accorato appello, affinché si affretti a normare l’ampio tema della morte medicalmente assistita (oltre alla specificità del SMA). In questo quadro, la Corte costituzionale rammenta al decisore politico il dovere di offrire cure e assistenza adeguate alla fine della vita. La doverosità dell’offerta di cure appropriate, tuttavia, non significa,

⁷³ R. GIRANI, *La disciplina del suicidio assistito nell’ordinamento elvetico: il fenomeno del cd “suicide tourism” dall’Italia alla Svizzera*. in *BioLaw Journal – Rivista di Biodiritto*, 3, 2023, 165-190; C.A. PROKOPIS, *Suicide tourism: Leiper’s tourism system theoretical perspective*, in *Tourism: An International Interdisciplinary Journal*, 2, 2021, 300-304.

⁷⁴ Tale rivoluzione ha investito contestualmente anche l’etica di fine-vita propria del contesto italiano: «Sul fine-vita è intervenuta una profonda rivoluzione culturale che ha cambiato gli atteggiamenti etici circa la morte volontaria». M. MORI, *Italia in testa anche sull’etica del fine vita: è il primo paese di grandi dimensioni ad ammettere il suicidio medicalmente assistito*, in *Iride, Filosofia e discussione pubblica*, 2, 2020, 329-336, in particolare le conclusioni, 335-336.

⁷⁵ A. BRUSCIA, N. COSTALUNGA, *op. cit.*, in particolare 55 ss.

⁷⁶ Questa è stata, del resto, la conclusione della Corte dei Conti riguardo i problemi economici del comparto sanitario italiano, i cui risultati, nel maggio 2024, sono stati presentati nella *Relazione al Parlamento su Servizi sanitari regionali*, presentata il 9 maggio 2024: il testo è consultabile al seguente indirizzo: <https://www.aranagenzia.it/download/relazione-al-parlamento-sulla-gestione-dei-servizi-sanitari-regionali-esercizi-2022-2023-deliberazione-n-4-se-zaut-2024-frg/> (ultimo accesso 04/09/2025).

⁷⁷ L. FORNI, *La responsabilità del linguaggio sulla pandemia. Covid-19 e la metafora della guerra*, in *Rivista di filosofia del diritto*, 1, 2024, 213-234.



né implica la doverosità dell'accettazione da parte della persona malata di cure specifiche, potendo, ciascun paziente, decidere di accettare o rifiutare qualunque trattamento, sia esso incluso in un percorso di cure attive o di cure palliative (sia esso salvavita o meno). Questo punto serve a chiarire che "l'offerta" di terapie e prestazioni adeguate, nei tempi e rispetto alla condizione dei pazienti, è un "dovere" del SSN; per contro, la libertà di scelta di accettare o rifiutare le opzioni terapeutiche possibili, è un fondamentale diritto soggettivo, che discende dal diritto all'autodeterminazione circa gli interventi sul corpo e circa le cure, direttamente ricavabile dal fondamentale diritto alla salute art. 32 Cost, come da molto tempo evidenziato sempre in pronunce della Corte⁷⁸. Tale diritto di scelta, è bene ribadirlo, non integra però né il dovere di vivere, a qualunque costo, né alcun dovere dei pazienti di intraprendere certi percorsi di cura e non altri. Questo significa che la doverosità di garantire un'offerta di servizi e cure adeguate non implica, sul piano etico-normativo, di rendere obbligatori, in contesti particolari, determinati percorsi sanitari, né di imporre precise scelte terapeutiche ai/pazienti, come condizione da soddisfare per chiedere un SMA (come invece è l'orientamento, di dubbia legittimità costituzionale, presente nel DDL di iniziativa governativa sul tema, in discussione in Parlamento, a partire dal 17 luglio 2025)⁷⁹.

Anche nelle controverse questioni di fine-vita, si sta silenziosamente passando dall'esercizio di diritti all'affermazione di privilegi. Il principio di autonomia resta formalmente valido, ma nelle prassi è divenuto una specie di paravento, dietro o al di sotto del quale si opera per favorire pratiche economiche e per dotare il sistema di elementi che aumentano le disuguaglianze nel servizio sanitario.

Questo ha ripercussioni sulle situazioni delicate dei soggetti più fragili, o che versano in condizioni irreversibili e di grave sofferenza, tra i quali sicuramente possiamo includere i pazienti richiedenti un'assistenza per un SMA.

Se, infatti, non è garantito un accesso universale ed equo alle cure nei vari contesti sanitari, sia domiciliari, sia ospedalieri; se le liste di attesa sono inaccessibili; se si sconta una mancanza di personale adeguatamente formato e una distribuzione territoriale dell'offerta di cure palliative adeguata; e se la stessa effettiva presa in carico da parte del servizio socio-sanitario, per le persone che versino già in una condizione di grave compromissione della salute, è spesso insufficiente⁸⁰, allora possiamo immaginare quanto maggiormente gravosa diventi, sul piano organizzativo come non meno sul piano etico e bioetico, la realizzazione di un'ultima "scelta autonoma sul corpo", qualora sia l'espressione di una volontà suicidaria medicalmente assistita.

⁷⁸ Cfr. sentenza della Corte costituzionale n. 438/2008, consultabile al seguente indirizzo: [Corte Costituzionale - Sito ufficiale](#). (ultimo accesso 04/09/2025).

⁷⁹ Il testo del DDL, di matrice fortemente vitalista e illiberale, presenta molti punti controversi, e a differenza di quanto affermato nella titolazione, *Disposizioni esecutive della sentenza della Corte costituzionale. n. 242/19*, non attua quanto già indicato dalla Corte ormai da diversi anni. Il testo è consultabile al seguente indirizzo: [Fine vita. Cure palliative obbligatorie, condizioni rigide per la non punibilità e un Comitato nazionale per decidere caso per caso. Ecco il testo della maggioranza approvato](#) (ultimo accesso 10/12/2025). Tra le molte voci critiche, si rinvia alla presa di posizione della Consulta di Bioetica Onlus, il cui comunicato stampa è consultabile al seguente indirizzo <https://www.consultadibioetica.org/osservazioni-della-consulta-di-bioetica-onlus-sul-ddl-disposizioni-esecutive-della-sentenza-della-c-c-n-242-19/> (ultimo accesso 10/12/2025) e a A. MASSARO, *Il nuovo disegno di legge in materia di suicidio medicalmente assistito: come può uno scoglio arginare il mare?*, in *Giurisprudenza penale*, 7-8, 2025, 1-10.

⁸⁰ Cfr. paragrafo 7.3 primo capoverso del *Considerato in diritto* della sentenza n. 66/2025.

6. Alcune considerazioni conclusive

Nell'analisi qui svolta del complesso rapporto tra richieste di SMA e crisi bioetica del SSN italiano, alcuni elementi possono essere evidenziati, in conclusione. Un primo elemento riguarda il fatto che sono costantemente violati i principi bioetici, preoccupante segno di una nuova dimensione etica⁸¹, di impronta neo-liberista, che sta trasformando il SSN, con sempre maggiori difficoltà di accesso per i servizi sanitari in generale e per i pazienti che richiedono un SMA, in particolare. Senza intaccare, formalmente, la Carta, vi è un retorico⁸² richiamo alla salute come diritto fondamentale, ma di fatto, le scelte di politica e di etica pubblica non prendono più seriamente in considerazione la centralità, nella qualità della vita e della morte delle persone, che ha il SSN.

Il secondo rilievo è l'azione fortemente propositiva della Corte costituzionale, sui temi di fine-vita e del SMA, nello specifico. A tal riguardo, però, va detto che si possono cogliere due anime, una più conservatrice, e una più liberale e laica. La prima, di impronta ontologico - personalista⁸³, paternalista, ritiene che la vita vada preservata fino alla fine naturale, e individua nelle cure palliative il solo ambito di salute da potenziare, per dare una morte dignitosa e, in fondo, per "scongiurare" o limitare molte richieste di SMA. È tuttavia presente anche una seconda linea propositiva, che emerge nelle ultime due sentenze, n. 66/2025 e n. 132/2025, di matrice differente, volta a responsabilizzare il decisore politico e, allo stesso tempo, il SSN, riguardo al "dovere pubblico" di erogare "effettivi servizi di salute". La Corte non entra nel merito delle preferenze etiche dei cittadini riguardo alla richiesta/scelta individuale di cure palliative, di altri interventi, o di SMA, ma richiama i soggetti pubblici al dovere di dare risposte, in conformità ai valori e ai principi costituzionali, senza dimenticare le norme già presenti, sul tema, nel nostro sistema giuridico. Essa richiama l'attenzione alla necessità che ogni legittima richiesta di salute, specie di soggetti gravemente sofferenti, non sia resa irragionevolmente gravosa o, peggio, che resti inascoltata. Il richiamo forte, specialmente nella sentenza n. 66/2025, affinché Parlamento e SSN «intervengano prontamente» ad «assicurare concreta e puntuale attuazione a quanto stabilito dalla sentenza n. 242 del 2019»⁸⁴ implica una precisa scelta, di valutazione etico-giuridica laica⁸⁵, presa a tutela e a garanzia delle differenti opzioni etiche di fine vita di ciascun cittadino - paziente, ivi comprese le richieste di SMA. Il fermo e accorato appello della Corte al legislatore richiama, infine, l'esigenza di trovare, se non un diritto il più possibile leggero⁸⁶, quanto meno il punto di incontro più alto, tra istanze di salvaguardia di esigenze pubbliche, e incomprimibili, personalissime scelte private, da tutelare anche nell'ultimo, tragico tratto autonomo della propria vita, che si pongono, oggi, come impegnative, ma quanto mai necessarie, prassi sanitarie da disciplinare.

⁸¹ A. BELLI, *L'insopprimibile incongruità dei diritti sociali. Un'analisi giuridico-filosofica*, in *Rivista di filosofia del diritto*, 2, 2023, 397-418.

⁸² A. BRUSCIA, N. COSTALUNGA, *op. cit.*, in particolare 55 ss.

⁸³ P. BORSELLINO, *Bioetica tra "moralì" e diritto*, Milano, 2018, 89 ss.

⁸⁴ Punto n. 8 del *Considerato in diritto* della sentenza della Corte costituzionale n. 66/2025.

⁸⁵ F. RIMOLI, *Laicità, diritto di vivere, diritto di morire. Una prospettiva costituzionale*, cit., in particolare 143-181. Per un'analisi teorico - giuridica, nel discorso pubblico, del concetto di laicità, C. LUZZATI, *Il cristallo della laicità. Contro la teologia politica*, Torino, 2024.

⁸⁶ S. RODOTÀ, *La vita e le regole: tra diritto e non diritto*, Milano, 2006.



Infine, se dunque il “sistema Italia” è «sospeso tra il rischio di un declino accelerato, che assomiglia sempre più a un collasso, e le opportunità di un suo rilancio⁸⁷», possiamo immaginare una amara prospettiva *etica*, secondo la quale il SMA diventerà meno osteggiato, a livello istituzionale, e le questioni complesse della morte medicalmente assistita diventeranno oggetto di regolazione legislativa, forse quando qualche soggetto economico privato, interessato a questo segmento di attività sanitaria, senza incontrare particolari difficoltà istituzionali, lo considererà economicamente vantaggioso e ne farà un *core business* da proporre sul mercato (della salute).

Essays

⁸⁷ S. NERI, *Il Servizio Sanitario Nazionale e la riforma dell'assistenza territoriale: tra collasso e rilancio*, cit., in particolare 3-5.

