

ULTERIORI CONSIDERAZIONI SUL SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO

[s://www.focusitaliaweb.it/ulteriori-considerazioni-sul-suicidio-medicalmente-assistito/](https://www.focusitaliaweb.it/ulteriori-considerazioni-sul-suicidio-medicalmente-assistito/)

Pasquale Giustiniani

AGO 3, 2026

1. Una chiara e fondata critica all'attuale rincorrersi delle Regioni per legiferare sul suicidio medicalmente assistito

Quasi in risposta al recente appello dei vescovi della Campania (vedi: Discernimento! Un appello accorato dei Vescovi della Campania:

<https://www.focusitaliaweb.it/discernimento-un-appello-accorato-dei-vescovi-della-campania/>),

il prof. Aldo Bova – presidente nazionale del *Forum delle associazioni sociosanitarie* – interviene ora direttamente a proposito della proposta di legge – presentata al Consiglio regionale della Campania in data 22 maggio 2026 -, in relazione alla quale, spiega Bova, “desideriamo presentare alcune nostre considerazioni che vengono dal nostro gruppo di 15 associazioni nazionali del mondo cristiano, dai nostri 5 Forum regionali e dalla nostra Rete territoriale di circa 220 strutture che hanno come alter ego la persona umana”.

Come a dire, da una rete capillare di pensatori, bioeticisti, medici, sanitari e operatori di area cristiana viene la soluzione, senza tentennamenti, di operare *a favore della vita*, di fatto criticando “questo rincorrersi delle Regioni per legiferare sul suicidio medicalmente assistito”. Oltre che inopportuno e fuori luogo, siffatto rincorrersi o *fare a gara*, precisa Bova, resta “importante che ci sia una legge nazionale in proposito, che tenga presente che la vita è un dono, che ha valore e va rispettato e tutelato sempre. Comunque, obbligato a seguire le indicazioni della Corte Costituzionale, il Parlamento deve legiferare presto, definendo termini chiari per l'assistenza a coloro che, nelle condizioni suddette, chiedono il suicidio medicalmente assistito”.

Insomma, il Parlamento faccia la sua parte, dice Bova, ma frattanto la Regione Campania tenga presente che “la comunità locale con le sue persone, con le sue strutture sanitarie territoriali, con le sue realtà territoriali del mondo cristiano, le parrocchie, e con l'Ente Regione deve farsi carico di accompagnare e sostenere le persone fragili e le persone sole, che proprio stando in condizioni di debolezza, lasciate a se stesse, possono portarsi verso condizioni di sofferenze fisiche e psichiche notevoli, da evitare”.

Sul versante istituzionale regionale, il 22 maggio scorso il vice-Presidente della Regione aveva affermato: “Ho depositato, in Consiglio regionale, una proposta di legge sul suicidio medicalmente assistito, per disciplinare in Campania le modalità organizzative con cui il Servizio Sanitario Regionale è chiamato a dare attuazione ai principi affermati dalla Corte costituzionale”; aggiungendo inoltre un significativo episodio personale: “La proposta di legge... non sostituisce il necessario intervento del Parlamento, ma si muove nell'ambito delle competenze regionali in materia di tutela della salute e ha un obiettivo preciso: definire procedure chiare, responsabilità certe e una presa in carico uniforme da parte delle aziende sanitarie, evitando ritardi e incertezze che rischiano di trasformarsi in ulteriore sofferenza per le persone e le famiglie. Il testo prevede, inoltre, che le prestazioni e i trattamenti connessi alla procedura siano a carico del Servizio Sanitario Regionale. Per me, questa legge ha anche un significato personale: da ragazzo, durante il volontariato a Lourdes, ho conosciuto Luigi, un atleta colpito dalla sclerosi multipla. Mi chiese di essere il tutore del suo testamento biologico: non voleva restare attaccato ad una macchina, voleva che la sua vita potesse spegnersi con dignità. Da allora ho sempre pensato che una legge sul fine vita fosse necessaria. Presentare oggi questa proposta è un dovere istituzionale, ma anche una promessa fatta a Luigi e a tutte le persone che ho incontrato negli anni di volontariato a Lourdes e nel Treno Bianco, persone segnate da malattie durissime, che chiedono solo di essere ascoltate, rispettate e accompagnate, con umanità, fino alla fine. Non si tratta di imporre una scelta, ma di garantire cura, diritti e dignità anche nell'ultimo tratto della vita”.

Le motivazioni per la Legge campana, invocate dal presentatore della norma, sono, in definitiva, “colorate” anche di *pietas religiosa e perfino mariana*.

Ma resta comunque il rischio, paventato chiaramente dal dr. Bova: dedicarsi a un’ennesima Legge di regolamentazione dell’autosomministrazione di un farmaco suicidario, dimenticando colpevolmente che sarebbe molto più grave lasciare a se stesse le persone colpite da gravi fragilità, che, invece di essere accompagnate, sostenute, palliate con cure adeguate, potrebbero anche esser condotte a immaginare delle soluzioni suicidarie.

Appena nel novembre 2025, il prof. Montrone (insieme col quale facemmo parte del COREB, Comitato regionale di aiuto al malato terminale, che cominciava a definire la Rete degli Hospice in Campania) ricordò che la disponibilità di posti letto in Campania per le cure palliative era allora pari a 17,3 per 10 mila residenti contro i 68,2 nazionali. Un dato molto importante evidenziato fu quello della composizione del nucleo familiare, che mostrava come il 14.2% sia composto da una persona sola di oltre 60 anni che non può beneficiare dell’assistenza di cure palliative domiciliari (a questi pazienti si devono aggiungere quelli che non hanno condizioni abitative idonee). I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Campania nel 2020 erano solo 464, che corrispondevano a 0,8 ogni 10 mila abitanti a fronte di un numero superiore in Italia pari a 2,1 x 10.000 abitanti.

Insomma, fondatamente oggi Bova e le associazioni e gli enti da lui rappresentati – peraltro presenti capillarmente in Italia -, si *allineano decisamente* con quanto già varie Conferenze episcopali regionali avevano gridato, purtroppo finora inascoltate: che, cioè, *“procurare la morte, in forma diretta o tramite il suicidio medicalmente assistito, contrasta radicalmente con il valore della persona, con le finalità dello Stato e con la stessa professione medica”* (Conferenza Episcopale dell’Emilia-Romagna, 2024). Non bisogna, perciò, fare *“di questo tema una questione di ‘schieramento’, ma un’occasione per una riflessione profonda sulle basi della propria concezione del progresso e della dignità della persona umana”* (Conferenza Episcopale della Toscana, 2025), avviando *“un ampio confronto parlamentare che rappresenti il Paese e le reali necessità dei suoi cittadini, scevro da logiche di parte e possibili strumentalizzazioni”* (Conferenza Episcopale della Puglia, 2022).

Da parte loro, i Vescovi della Campania, oltre a richiamare noi tutti alla custodia della vita fragile e sofferente, per cui nessuno dovrebbe essere lasciato solo, hanno recentemente ribadito il valore e la dignità intangibile di ogni vita umana, da tutelare e accompagnare nella proporzionalità dei trattamenti e senza ostinazione irragionevole. Più che affrettarsi a legiferare sul suicidio assistito, insomma – argomentano i pastori -, bisogna esprimere chiaramente la prossimità ai pazienti in condizione di fragilità, ribadendo, come si leggeva nel recente Comunicato dei vescovi campani, *“contrarietà a qualsiasi forma di accanimento clinico, ritenendo lecito e doveroso rinunciare a qualsiasi trattamento i cui benefici attesi sono inferiori ai rischi previsti o quando risultino particolarmente gravosi per il paziente. Ovvero causa di ulteriori sofferenze. La mancanza di qualsiasi obbligo morale di ricorrere a trattamenti sproporzionati non va confuso né assimilato alla scelta di provocare attivamente la morte. Tra il lasciar morire, nell’accompagnamento e nel rispetto del decorso naturale, e il far morire, attraverso un intervento intenzionale, esiste una differenza sostanziale sul piano antropologico, etico e sociale”*.

2. Legiferare a livello regionale, oppure prendersi una pausa e sollecitare il Parlamento a varare una Legge?

La prima a legiferare, a livello regionale, sul suicidio assistito, fu la Regione Toscana che, con Legge 14 marzo 2025, n. 16, varò sul Bollettino Ufficiale (n. 18, parte prima, del 17.03.2025) le *Modalità organizzative per l’attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024*, muovendosi nelle strette maglie di un articolato sistema di riparto della competenza legislativa tra Stato e Regioni (gli esperti ricordano che per quanto riguarda la salute, in Italia vige la cosiddetta *legislazione concorrente Stato-Regioni*). Quella prima legge regionale partiva dalla considerazione che la sentenza 242/2019 della Corte costituzionale aveva individuato

una *circoscritta area* in cui l'incriminazione per aiuto al suicidio, ex articolo 580 del codice penale, non è da ritenere conforme a Costituzione, corrispondente segnatamente ai casi in cui l'aspirante suicida si identifichi in una persona “(a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli”. Peraltro, continuava il testo della Legge Toscana, con la sentenza 135/2024, la stessa Corte costituzionale aveva ulteriormente evidenziato come non possa esservi “*distinzione tra la situazione del paziente già sottoposto a trattamenti di sostegno vitale, di cui può pretendere l'interruzione, e quella del paziente che, per sopravvivere, necessita, in base a valutazione medica, dell'attivazione di simili trattamenti, che però può rifiutare*”. In altri termini, in Italia la l. 219/2017 già prevede che il paziente possa già *decidere di lasciarsi morire chiedendo l'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale e la sottoposizione a sedazione profonda continua*, che di fatto lo pone in stato di incoscienza fino al momento della morte (decisione che il medico è tenuto, comunque, a rispettare).

Come procedere, dunque, alle *modalità concrete di esecuzione della richiesta suicidaria del malato*, in attesa dell'intervento legislativo nazionale, se non da parte di strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale, che a tal fine dovrà previamente acquisire il parere del Comitato etico territorialmente competente? Di qui il senso della norma toscana, che detta tempi e modalità per procedere nelle varie fasi: dalla verifica delle condizioni alla verifica delle modalità di autosomministrazione del farmaco che possa garantire una morte rapida, indolore e dignitosa. Se i tempi e le procedure rappresentano degli elementi fondamentali affinché la facoltà riconosciuta dalla Corte costituzionale sia efficacemente fruibile, ecco il perché e il senso di quella prima Legge regionale Toscana, che perciò fissava i requisiti *per l'accesso al suicidio medicalmente assistito*, designando una *Commissione multidisciplinare permanente* per la verifica della sussistenza dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito, nonché per la verifica o definizione delle relative modalità di attuazione, in particolare verificando che il richiedente abbia ricevuto una informazione chiara e adeguata sulla possibilità di accedere ad un percorso di cure palliative, che sia stato informato del suo diritto di rifiutare o revocare il consenso a qualsiasi trattamento sanitario, anche di sostegno vitale, e della possibilità di ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua.

Non è inutile ricordare che, per l'attuazione delle prestazioni e i trattamenti previsti dalla legge nell'ambito del percorso terapeutico-assistenziale del suicidio medicalmente assistito, fu stimata allora dalla Toscana una spesa di euro 10.000,00 per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027, cui si fa fronte con gli stanziamenti della Missione 12 “Diritti sociali, politiche sociali e famiglia”, Programma 02 “Interventi per la disabilità”, Titolo 1 “Spese correnti”, del bilancio di previsione 2025 – 2027, annualità 2025, 2026 e 2027. Insomma, la *gratuità* per assistere l'aspirante suicida fu garantito da uno stanziamento annuale in bilancio. Va osservato che la Legge toscana stimava tale esigua cifra soltanto come *fondo generale di copertura organizzativa e per l'acquisto dei farmaci suicidari*, e non come tariffa fissa per singolo trattamento (che comporta l'intervento di strutture e persone del Servizio sanitario e che certamente, a oggi, costa molto di più, come si vede comparando con il suicidio praticato all'estero).

Alla Toscana seguì, poi, la Sardegna con *Legge regionale 18 settembre 2025, n. 26*, intitolata “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” (Bollettino Ufficiale della Regione autonoma della Sardegna – BURAS – 25 settembre 2025, n. 53). Anche in Toscana è una Commissione multidisciplinare permanente (ci si domanda perché si scavalchino di nuovo i già previsti *Comitati etici territoriali*), per assicurare l'interlocuzione personale e diretta con il richiedente, verificando in via preliminare che egli abbia ricevuto una informazione chiara e adeguata sulla possibilità di accedere ad un percorso di cure palliative, inclusa la sedazione palliativa profonda continua, nonché sul suo diritto di rifiutare o revocare il consenso a qualsiasi trattamento sanitario, anche di sostegno vitale, ai sensi della legge n. 219 del 2017. Si rammenti che la Sardegna, anche di fatto *snaturando* alcuni luoghi di degenza sanitaria,

come gli Hospice, stabiliva che fossero le ASL a fornire il supporto tecnico e farmacologico e l'assistenza medica per la preparazione all'autosomministrazione del farmaco suicidario autorizzato presso una struttura ospedaliera, l'hospice o, se richiesto, il proprio domicilio. Come a dire, che anche all'ospedale o all'hospice non si va soltanto per essere curati, bensì pure per ottenere i farmaci di autosomministrazione al suicidio. Ancora di meno, rispetto alla Toscana, sono i fondi annuali preventivati per l'attuazione.

È, inoltre, appena del luglio di quest'anno la *Legge regionale dell'Emilia-Romagna*, il cui elemento centrale resta l'istituzione della *Commissione di valutazione multidisciplinare* (Covam), prevista su base territoriale di Area vasta e composta da medici specialisti, palliativisti, anestesisti-rianimatori, medici legali, psichiatri, farmacologi o farmacisti, psicologi e infermieri (e i bioeticisti? Ci domandiamo: e le comunità religiose di riferimento del richiedente?. Restano centrali anche in Emilia l'informazione completa, l'accesso alle cure palliative e la possibilità di revocare in qualsiasi momento la propria richiesta.

3. E il Parlamento italiano che fa? Verso una “bioetica senza aggettivi”

Il 10 marzo 2022 la Camera dei deputati del Parlamento italiano approvò il testo unificato, risultante da numerose proposte di legge confluite in un disegno di legge unitario, che ottenne 253 voti favorevoli, 117 voti contrari ed un solo astenuto. Nell'occasione, 69 Deputati risultavano in missione, cosicché in Aula gli Onorevoli presenti erano 371 su 630.

Quel disegno di legge risulta tutt'ora in esame in commissione al Senato, dal 26 aprile 2022 – presentato in data 13 ottobre 2022; annunciato nella seduta n. 1 del 13 ottobre 2022, con il titolo più morbido, rispetto alle Leggi regionali, di “Disposizioni in materia di morte medicalmente assistita”. Il 10 giugno 2026 il testo risulta ancora in corso di esame in commissione (Atto Senato n. 104, XIX Legislatura).

Evidentemente persistono contrapposizioni tra le parti; non si vuole varare una legge che normi la prassi sul suicidio medicalmente assistito, ma incunarsi nel sentiero delle disposizioni anticipate di trattamento, che il paziente detta anche *ora per allora* e che implicano anche la rinuncia consapevole a proseguire i trattamenti? Esistono legittime resistenze a dare coperture economiche a situazioni di somministrazione di farmaci suicidari, che significherebbero rinuncia a una concezione della cura sanitaria come cura e lenimento, preferendo invece atti di fatto soppressivi della persona, seppur con il consenso autonomo e libero del malato?

Queste e analoghe domande, frattanto, ritornano nelle ricerche e attività di un importante consesso di studio e di ricerca scientifica – il CIRB: Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (di cui fa parte anche la Facoltà teologica di Capodimonte) -, che discute da anni sui temi cosiddetti di *fine-vita*, cercando soluzioni scientifiche ed eticamente compatibili, soprattutto evitando contrapposizioni di parte, in vista di quella che, un tempo, auspicai come una *bioetica senza aggettivi* (Pasquale Giustiniani, *Per una bioetica senza aggettivi: le tappe di un percorso*, in *25 anni di bioetica a Napoli: i protagonisti e le idee*, a cura di Raffaele Prodomo, Quaderni di bioetica del CIRB, Mimesis, Udine 2020, pp. 23-33).