

ANDREA VALIANTE\*

## Impulsi regionali e compromessi costituzionali nel fine vita italiano\*\*

ABSTRACT (EN): The paper examines recent regional legislative efforts concerning end-of-life issues, aimed at regulating the medicalized procedure of assisted suicide in accordance with the parameters set by the Italian Constitutional Court in ruling no. 242/2019. The essay seeks to address doubts about the constitutional legitimacy of these proposals, drawing on relevant case law and the rules governing the division of legislative powers between the State and Regions.

ABSTRACT (IT): Il contributo esamina i recenti tentativi di legislazione regionale in materia di fine vita, mirati a regolamentare la procedura medicalizzata di suicidio assistito secondo i parametri dettati dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 242/2019. Il saggio cerca di dare una risposta ai dubbi sulla legittimità costituzionale di queste proposte, sulla scorta della giurisprudenza rilevante e delle norme che dettano il riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni.

SOMMARIO: 1. Osservazioni preliminari: sull'ipotetica configurabilità di un diritto a morire nell'ordinamento italiano e sulle sue garanzie di effettività. – 2. *Segue*: il punto sulla legislazione del fine vita a seguito della sent. n. 242/2019 Corte cost. – 3. Il tentativo di 'regionalizzazione' del fine vita a fronte della 'perdurante inerzia' del legislatore nazionale. – 4. La proposta di legge di iniziativa popolare dell'Associazione Luca Coscioni e le singole iniziative regionali. – 5. Sulla legittimità dell'intervento delle Regioni in materia di fine vita: rilievi e criticità. – 6. Prospettive future, anche alla luce delle possibili conseguenze dell'autonomia differenziata.

### 1. Osservazioni preliminari: sull'ipotetica configurabilità di un diritto a morire nell'ordinamento italiano e sulle sue garanzie di effettività

A distanza di più di cinque anni dalla storica sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale, i confini di liceità del “fine vita” in Italia sono ancora sfuggenti: sebbene i giudici della Consulta abbiano definito – quasi in modo chirurgico – l'ambito di decriminalizzazione dell'art. 580 c.p., rimangono numerose le incertezze relative alla configurabilità di un vero e proprio “diritto a morire” e alle sue possibili declinazioni all'interno dell'ordinamento italiano. Se da un lato la ragione principale di tale indeterminatezza può rinvenirsi nell'acceso dibattito etico che circonda temi di questa complessità, dall'altro va preso atto della perdurante inerzia del Parlamento nazionale, pur sollecitato a legiferare sul tema dalla Corte già nell'ordinanza n. 207/2018 e di nuovo nella successiva sentenza del 2019. La mancata adozione di una legge generale che disciplinasse le condizioni d'accesso e le modalità della procedura medica del cd. suicidio assistito ha poi posto le premesse per una serie di “impulsi” di legislazione regionale in materia, volti a enucleare in legge i principi enunciati dalla Corte. Tali iniziative hanno avuto esiti differenti: dal campo bioetico (senza discostarsene più di tanto), ci si è mossi sul terreno

\* Dottore in Giurisprudenza – Università degli Studi Roma Tre.

\*\* Articolo sottoposto a referaggio.

del diritto, per trovare il fondamento della legittimità o meno di simili provvedimenti, attraverso una serie di 'acrobazie' giuridiche.

Prima di addentrarsi in una disamina delle questioni tecniche più rilevanti, occorre innanzitutto chiedersi se nel nostro ordinamento esiste un vero e proprio *right to die*, ossia un diritto di darsi liberamente la morte in qualsiasi momento<sup>1</sup>. Prendendo in considerazione il mero dato normativo e gli elementi concreti ricavabili dalle pronunce giurisprudenziali degli ultimi anni<sup>2</sup>, possiamo limitarci a dire in via di prima approssimazione: sì, ma solo a certe condizioni e con determinate modalità<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Sebbene la domanda stimoli le coscienze specialmente nel campo dell'etica, sarebbe superfluo, ai fini dell'oggetto di questa dissertazione, riportare il vivace dibattito filosofico-giuridico che si accompagna al tema della liceità del suicidio e alle varie nozioni contingenti del fine vita. Tuttavia, per quanto possibile, è opportuno dare contezza dell'esistenza di varie posizioni che, a seconda dei valori etici posti a sostegno delle riflessioni addotte, qualificano in modo differente la nozione di "morte volontaria" e le varie condotte attuate da terzi ai fini di agevolare o realizzare il proposito di morte altrui, da un punto di vista etico così come da un punto di vista giuridico. Tra la vastissima letteratura sull'argomento, si segnalano: l'opera di G. FORNERO, *Indisponibilità e disponibilità della vita. Una difesa filosofico giuridica del suicidio assistito e dell'eutanasia volontaria*, Utet, 2020, nella quale l'autore analizza il tema prendendo in considerazione una serie di prospettive diverse, non necessariamente di carattere giuridico; ID. *Il diritto di andarsene. Filosofia e diritto del fine vita tra presente e futuro*, Segrate, 2024, sulla falsariga dell'opera sovraccitata; il recente contributo di A. MANNA, *Sul diritto di andarsene come parafrasi del diritto a morire: problemi e prospettive*, in S. CANESTRARI, C. FARALLI, M. LANZILLOTTA (a cura di), *Il punto sull'eutanasia: dal diritto alla letteratura*, a cura di, L. RISICATO, Pacini Fazzi, 2024; F. RIMOLI, *Diritto di morire o dovere di vivere? La democrazia liberale e i limiti del pensiero giuridico*, in *Diritto Pubblico*, n. 2, 2019, pp. 483-510; C. TRIPODINA, *Il diritto nell'età della tecnica. Il caso dell'eutanasia*, Jovene, 2004; A. D'ALOIA, *Diritto di morire? La problematica dimensione costituzionale della "fine della vita"*, in *Politica del Diritto*, n. 4, 1998; L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita. Riflessioni etiche e giuridiche*, Giappichelli, 2020; con particolare riguardo alla tematica del suicidio assistito, si rimanda al parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, del 18 luglio 2019; per una riflessione di carattere prettamente filosofico sulle nuove frontiere del concetto di morte, si consiglia la lettura di R. BODEI, R. DE MONTICELLI, G. REALE, A. SCHIAVONE, E. SEVERINO, V. MANCUSO, *Che cosa vuol dire morire, Sei grandi filosofi di fronte all'ultima domanda*, a cura di D. MONTI, Einaudi, 2010; per approfondire le posizioni della bioetica cd. cattolica, si consiglia la lettura delle lettere encicliche di GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, 1995 e PAOLO VI, *Humanae vitae*, 1968; si rimanda, inoltre, alla lettura dei vari documenti che la Congregazione (ora Dicastero) per la Dottrina della Fede ha prodotto sul tema, reperibili, come anche le encicliche, sul sito [www.vatican.va](http://www.vatican.va).

<sup>2</sup> Il diritto giurisprudenziale italiano in materia di fine vita ha prodotto diverse pronunce che, nella maggior parte dei casi, hanno avuto una significativa rilevanza mediatica, per via della delicatezza delle situazioni di specie. Fra gli episodi più celebri, si ricordano in particolare le vicende Englaro e Welby – anche se molto diverse tra di loro – che hanno costituito dei veri e propri *leading cases* nell'ambito delle questioni biogiuridiche italiane. Per una ricostruzione dei noti casi, si rinvia a C. TRIPODINA, *Il risvolto negativo del diritto alla salute*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, tutela della salute e servizi sanitari*, Il Mulino, 2009. Non mancano simili interventi della giurisprudenza anche in ambito europeo e internazionale: tra i vari, possono citarsi alcuni casi famosi come quelli di Tony Bland, Nancy Cruzan, Vincent Lambert etc. Tra le pronunce più rilevanti in ambito di fine vita, si segnala la sentenza – contigua, peraltro, alla decisione della Consulta sul caso Antoniani – della Corte costituzionale tedesca del 26 febbraio 2020, che ha dichiarato illegittima la norma del codice penale tedesco che puniva – così la rubrica – la "agevolazione commerciale del suicidio". La decisione del *Bundesverfassungsgericht* ha dato pieno riconoscimento al diritto ad autodeterminarsi alla morte, il quale trova diretto fondamento sostanziale nel più ampio "diritto generale della personalità", derivante dal combinato disposto del diritto al libero sviluppo della propria personalità e del principio della intangibilità della "dignità" umana. Per approfondire, cfr. F. LAZZERI, *La Corte costituzionale tedesca dichiara illegittimo il divieto penale di aiuto al suicidio prestato in forma "commerciale"*, in *Sistema Penale*, 28 febbraio 2020.

<sup>3</sup> È da escludere, allo stato, la configurabilità di un diritto a morire assoluto, che permetta a chiunque di potersi dare la morte in qualsiasi momento. Tuttavia, per comprendere lo spirito delle iniziative volte ad estendere sempre di più

Ad oggi, la principale disciplina in materia di fine vita è data dalla legge 209 del 22 dicembre 2017, intitolata «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento»<sup>4</sup>: l'art. 1 co. 5 prevede espressamente il diritto del paziente «di rifiutare, in tutto o in parte [...] qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atto del trattamento stesso», oltre quello di poter «revocare in qualsiasi momento [...] il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento», attraverso le modalità di espressione del consenso informato stabilite dal co. 4 della stessa legge<sup>5</sup>; all'art. 2, invece, è prevista la possibilità per il medico, «in presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari» del paziente, di «ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore»<sup>6</sup>. Il tutto sempre previo consenso informato del paziente. Il quadro normativo rappresentato dalla l. 209/2017 ammette, dunque, la possibilità per il paziente di procurarsi indirettamente la morte, nel rispetto dei diritti alla dignità e autodeterminazione della persona, che sono esplicitamente menzionati all'art. 1 come principi ispiratori della legge<sup>7</sup>: in particolare, la possibilità di accedere alla sedazione palliativa

---

la sostanza di tale diritto, è meritevole di menzione l'intervento del Cappato M. nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. in qualità di imputato nel giudizio a quo, col quale ha ipotizzato che il diritto alla vita debba «essere riguardato unicamente in una prospettiva personalistica, come interesse del suo titolare volto a consentire il pieno sviluppo della persona, secondo il disposto dell'art. 3, secondo comma, Cost». Da ciò deriverebbe «una maggiore attenzione verso la libertà di autodeterminazione individuale, anche nelle fasi finali della vita, specie quando si tratti di persone che versano in condizioni di eccezionale sofferenza». Questa tesi, certamente non isolata in dottrina, porterebbe a non considerare più il suicidio come un atto intrinsecamente disprezzabile, come veniva invece percepito prima dell'avvento della Carta del '48, secondo la logica di tutela della collettività statale che ispirava gli istituti del codice Rocco. In merito, si rinvia a *Corte costituzionale*, sent. n. 242/2019, par. 3.1 *Ritenuto in fatto*. Bisogna aggiungere, per completezza, che il suicidio, di per sé, rappresenta un fatto penalmente irrilevante. Antonella Massaro riconduce l'ipotesi suicidaria alla cornice del cd. *paternalismo penale*, che ricomprende al suo interno altre fattispecie come la prostituzione e il consumo di stupefacenti. Anche se tali condotte non sono punite come anti-giuridiche se commesse *manu propria*, restano rilevanti penalmente tanto la loro commissione *manu aliena* quanto ogni attività agevolatrice, in quanto l'ordinamento riconosce pur sempre il disvalore giuridico degli atti in questione. Per un approfondimento sul tema, si rinvia a A. MASSARO, *L'omicidio del consenziente e l'istigazione o aiuto al suicidio. La rilevanza penale delle pratiche di fine vita*, in *Giurisprudenza penale Web*, n. 10, 2018, par. 4.1.

<sup>4</sup> In G.U., Serie Generale, n. 12 del 16 gennaio 2018.

<sup>5</sup> La legge chiarisce, sempre al co.1 dell'art. 5, che «sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici». Si tratterebbe, a tutti gli effetti, di un rifiuto di trattamenti «salva-vita» che, seppur indirettamente, avrebbe come conseguenza la morte del paziente.

<sup>6</sup> Va precisato che la sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte non rientra nell'ambito dei trattamenti di fine vita. Come specifica Giovanna Razzano: «nell'un caso l'obiettivo è non far soffrire il paziente, attraverso una sedazione realizzata con farmaci adeguati, e l'effetto che procurano è appunto sedativo. Nell'altro caso l'obiettivo è invece porre fine alla vita del paziente, tramite farmaci che procurano la morte, e l'effetto è appunto la morte in pochi secondi». Per approfondire, cfr. G. RAZZANO, *Tutelare il diritto alla vita, anche da parte delle Regioni*, in *Centrostudiliviatino.it*, 2024; COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Parere Sedazione profonda continua nell'imminenza della morte*, 2016.

<sup>7</sup> Oltretutto, la legge pare indicare i presupposti che devono ricorrere perché possa essere garantita al paziente una morte 'dignitosa': fermo restando che il concetto di 'morte dignitosa' non si presta ad una valutazione astratta e generale delle condizioni che la rendano tale secondo l'apprezzamento del singolo soggetto, va segnalato come la legge 209/2017 ponga estrema attenzione alla delicatezza della situazione del paziente terminale, sottolineando la necessità di ridurre e azzerare le sue sofferenze attraverso strumenti adeguati a tale fine. Allo stesso modo, la norma non ammette il cd. accanimento terapeutico, stabilendo che la morte debba avvenire in assenza di «ostinazione

profonda segue il *continuum* tracciato dalla legge 15 marzo 2010, n. 38<sup>8</sup>; legge quadro che ha reso l'Italia il primo paese a sancire il diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore di ciascuno. Tuttavia, il lungo decorso di tempo intercorrente tra la fase di sedazione palliativa profonda e la morte del paziente non lascerebbe a quest'ultimo la possibilità di scegliere autonomamente il momento del suo effettivo distacco dall'esistenza umana. Ciò potrebbe comportare, secondo alcuni, una lesione della dignità del paziente, in quanto privato della possibilità di "autodeterminarsi" liberamente; in altre parole, il paziente sarebbe costretto a sottostare a condizioni esterne che gli impediscono di potersi congedare dalla vita nei modi e nei tempi da lui preferiti<sup>9</sup>.

È per questo motivo che la Corte costituzionale – chiamata a pronunciarsi sulla legittimità del cd. suicidio assistito nell'ormai celebre caso Antoniani – ha ampliato le maglie del diritto a morire per via interpretativa, accogliendo parzialmente le questioni sollevate dalla rimettente e ritenendo incostituzionale l'art. 580 c.p. «nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 [...], agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente». In questo modo la Corte – pur negando la configurabilità di tale diritto nel nostro sistema giuridico<sup>10</sup> – sembrerebbe aver formalmente sancito la possibilità di accedere ad una forma di *right of die* diretto, attraverso il riconoscimento della legittimità della condotta del terzo che agevoli o aiuti a realizzare il proposito suicidario del paziente. È davvero così?

---

irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati». Sul punto, cfr. G. ARCONZO, *Il concetto di morte dignitosa nella legge n. 219 del 2017: l'assenza di sofferenze e il divieto di accanimento terapeutico*, in ID. *Il diritto a una morte dignitosa tra legislatore e Corte costituzionale*, in *Gruppo di Pisa*, n. 1, 2023, pp. 64-66.

<sup>8</sup> In G.U., Serie Generale, n. 65 del 19 marzo 2010

<sup>9</sup> Sulla rilevanza del principio di autodeterminazione in ambiti eticamente sensibili come quelli dell'inizio e del fine vita, cfr. C. CASONATO, *Il Principio di autodeterminazione. Una modellistica per inizio e fine vita*, in *Osservatorio AIC*, n.1, 2022, pp. 51-69.

<sup>10</sup> Così la Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, par. 2.2. *Considerato in diritto*, riprendendo quanto già affermato nell'ordinanza 207/2018: «Dall'art. 2 Cost. – non diversamente che dall'art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire. Che dal diritto alla vita, garantito dall'art. 2 CEDU, non possa derivare il diritto di rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire, è stato, del resto, da tempo affermato dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, proprio in relazione alla tematica dell'aiuto al suicidio (sentenza 29 aprile 2002, *Pretty* contro Regno Unito)».

## 2. *Segue*: il punto sulla legislazione del fine vita a seguito della sent. n. 242/2019 Corte cost.

La sentenza sul caso Antoniani-Cappato del giudice costituzionale ha rappresentato un nuovo inizio nella storia giuridica del fine vita<sup>11</sup>: attraverso una tecnica decisoria innovativa<sup>12</sup>, la Corte ha reso legittima (*rectius*: non punibile) la condotta agevolatrice del proposito suicida altrui adottata dal terzo, al verificarsi dei requisiti sopra menzionati. Dal canto suo, il legislatore nazionale non ha raccolto il duplice invito rivoltagli dalla Corte ad adottare una legge che regolasse la materia; legge che peraltro, al momento, non sembra prospettabile nel breve termine<sup>13</sup>. Nelle more di un intervento del Parlamento, dunque, ha pieno vigore la disciplina dettata dal giudice costituzionale<sup>14</sup>: il provvedimento ha assunto carattere legislativo, dal momento che ha sottratto una “circoscritta area” dell’aiuto al suicidio all’incriminazione ex art. 580 c.p., dettandone – per certi versi – una prima disciplina regolatoria<sup>15</sup>.

L’autoapplicatività della sentenza può essere dedotta dal fatto che la Corte abbia deciso di far valere i requisiti procedurali indicati nel dispositivo per «i fatti successivi alla pubblicazione della [...] sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica»; mentre, per le vicende pregresse, abbia dettato condizioni legittimanti diverse di natura solo sostanziale, per l’impossibilità di applicare nella pratica le condizioni stabilite nel dispositivo<sup>16</sup>. Come ha osservato Pier Francesco Bresciani, «questa diversa scansione temporale del contenuto della decisione (requisiti procedurali e sostanziali *pro futuro* e requisiti solo sostanziali per il passato) ha senso solo se la disciplina procedurale definita dalla Corte costituzionale può essere direttamente applicata. In caso contrario, difatti, la Corte avrebbe dovuto imporre il rispetto dei requisiti procedurali ai soli casi successivi all’entrata in vigore di una futura legge del Parlamento attuativa del proprio monito e non già a tutti i fatti successivi alla pubblicazione in

<sup>11</sup> M. DONINI, *Libera Nos a Malo. I diritti di disporre della propria vita per la neutralizzazione del male*, in *Sistema Penale*, 10 febbraio 2020, p. 15.

<sup>12</sup> La “doppia decisione”, adoperata per mezzo di una prima ordinanza rinvio – con contestuale invito al legislatore ad intervenire con una legge – ed una successiva sentenza di accoglimento, ha consentito ai giudici di legittimità di poter gestire gli effetti di una declaratoria di incostituzionalità del dettato dell’art. 580 c.p. Non ci si soffermerà molto sulla questione, mossa da alcune voci della dottrina, di un presunto sconfinamento da parte del giudice dei limiti della discrezionalità legislativa, pur dando atto delle perplessità che sono state sollevate con riguardo soprattutto al mancato rispetto del principio di riserva di legge in materia penale. Piuttosto, è necessario sottolineare come l’insolita tecnica adottata dalla Corte abbia rappresentato un *unicum* nella giurisprudenza costituzionale, almeno fino a quel momento: poco tempo dopo, infatti, la Corte è ricorsa in nuove occasioni allo strumento dell’incostituzionalità differita, consolidandone in questo modo l’effettività. Per ulteriori considerazioni sul procedimento adottato dalla Corte nella decisione del caso Antoniani, si rimanda a: S. CATALANO, *La sentenza 242 del 2019: una pronuncia additiva molto particolare senza ‘rime obbligate’* in *Osservatorio AIC*, n.2, 2020, pp. 288-306; M. PICCHI, *Considerazioni a prima lettura sulla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 3, 2019; F. POLITI, *La sentenza n. 242 del 2019 ovvero della rarefazione del parametro costituzionale e della fine delle “rime obbligate”? Un giudizio di ragionevolezza in una questione di costituzionalità eticamente (molto) sensibile*, in *Dirittifondamentali.it*, n. 1, 2020.

<sup>13</sup> Sulle oggettive difficoltà scontate dal Parlamento nell’adozione di una legge sul tema, cfr. G. ARCONZO, *Il diritto a una morte dignitosa tra legislatore e Corte costituzionale*, cit., pp. 60-92.

<sup>14</sup> A. RUGGERI, *Rimosso senza indugio il limite della discrezionalità del legislatore, la Consulta dà alla luce la preannunciata regolazione del suicidio assistito (a prima lettura di Corte cost. n. 242 del 2019)*, in *Giustizia insieme*, 27 novembre 2019.

<sup>15</sup> C. TRIPODINA, *La “circoscritta area” di non punibilità dell’aiuto al suicidio. Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, in *Giurisprudenza Italiana*, n. 2, 2019, pp. 219-229.

<sup>16</sup> Cfr. Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, par. 7. *Considerato in diritto*.

G.U. della propria pronuncia»<sup>17</sup>. In questa prospettiva, la sentenza finisce per riconoscere la possibilità di accedere al suicidio assistito al verificarsi delle condizioni stabilite, nell'attesa della previsione di una disciplina generale delle modalità di accesso a tale procedura.

Fino a che punto, dunque, può lasciarsi che la disciplina di una materia così delicata sia interamente ricostruita sulla base di una pronuncia giurisprudenziale? Va nuovamente ricordato, peraltro, che il giudice non sancisce in maniera netta la previsione di un nuovo "diritto a morire" – anzi, ne nega la configurabilità –, limitandosi ad escludere la punibilità di un'eventuale condotta di aiuto. E quale significato assume il silenzio del Legislatore nazionale, interpellato nuovamente dalla Corte nella sent. 50/2022? È attribuibile ad un'oggettiva difficoltà di trovare punti d'accordo tra le principali forze politiche o si tratta semplicemente di una scelta (di cui si può discutere la legittimità) di non accogliere l'invito della Corte ad intervenire sul tema? Sono questi i punti dai quali bisogna partire per cercare di risolvere le ambiguità nella dialettica giuridica del fine vita italiano.

### 3. Il tentativo di 'regionalizzazione' del fine vita a fronte della 'perdurante inerzia' del legislatore nazionale

In assenza di una legge del Parlamento, si può comunque dare attuazione al contenuto della sent. 242/2019? Se sì, in che modalità? Un tentativo di risposta pare provenire dalle Regioni, foriere della nuova sensibilità costituzionale sul tema, che hanno tentato di sopperire all'inerzia legislativa attraverso l'adozione di discipline di dettaglio che consentissero di dare piena applicazione ai principi espressi nella sentenza.

In questa direzione, si pone una bozza d'intesa datata al novembre 2021, diffusa dal Capo di Gabinetto del Ministero della Salute e rivolta alla conferenza Stato Regioni, con la quale si dà atto della sussistenza di una responsabilità in capo al Servizio Sanitario Nazionale di provvedere all'erogazione della procedura medicalizzata di suicidio assistito, alla luce di quanto affermato dal giudice costituzionale, nell'attesa della promulgazione della legge nazionale auspicata dalla Corte. Si legge nella nota che, essendo le strutture del SSN ed i Comitati etici direttamente investiti di una funzione immediatamente attivabile a fronte di eventuali richieste di suicidio medicalmente assistito, è necessario che le strutture regionali possano garantire il pieno accesso alla pratica ai soggetti che versano in situazioni caratterizzate da patologie irreversibili e sofferenze intollerabili<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> P. F. BRESCIANI, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita. Uno studio su autonomia regionale e prestazioni sanitarie eticamente sensibili*, in *Corti supreme e salute*, n.1, 2024, p. 10.

<sup>18</sup> M. G. NACCI, *Il contributo delle regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Nota a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, in *Gruppo di Pisa*, n.1, 2023, p. 101-102. Ancora l'autrice: «Nella suddetta nota, inoltre, erano dati 60 giorni di tempo alle Regioni per l'individuazione di uno o più Comitati etici con figure adeguate ai quali le strutture sanitarie possano rivolgersi per acquisire il parere richiesto per i percorsi di suicidio medicalmente. Nel sottolineare l'essere tali richieste funzionali a garantire omogeneità nell'applicazione della sentenza ed a superare l'attuale situazione di incertezza in cui versano strutture ed operatori del SSN, si fornivano anche puntuali indicazioni in merito alla composizione del Comitato etico: si prescriveva, infatti, al fine dell'idoneità dell'organo a rendere un parere adeguato alle richieste di suicidio medicalmente assistito, l'integrazione con un medico palliativista, un neurologo, uno psicologo ed un rappresentante delle professioni infermieristiche».

Non c'è dubbio che tale iniziativa abbia contribuito allo "sprint" legislativo di alcune regioni nel tentare la strada della legge regionale: ad esempio, nelle proposte di legge di Puglia e Marche, l'intervento legislativo trova giustificazione alla luce del fatto che la sentenza del 2019 avrebbe introdotto una nuova prestazione assistenziale a carico del SSN<sup>19</sup>.

A confermare questa tendenza è stata la successiva lettera del Ministro Speranza indirizzata ai Presidenti di Regione nel 2022, secondo cui le spese mediche per la procedura del suicidio medicalmente assistito sarebbero a carico del SSN. Praticamente, secondo l'ex Ministro della Salute, la sentenza 242/2019 avrebbe posto un vero e proprio obbligo di fornire la prestazione del suicidio medicalmente assistito, assumendone i relativi costi<sup>20</sup>.

Questo assunto, tuttavia, sembra tutt'altro che pacifico, dal momento che la Corte ha, al contempo, esplicitamente negato la sussistenza di un diritto a morire nel nostro ordinamento, facendo salva la norma che incrimina l'aiuto al suicidio in tutti quei casi nei quali non ricorrano le condizioni dettate dalla sentenza. Anche nella successiva sent. 50/2022 la Corte, interpellata sull'ammissibilità del quesito referendario abrogativo dell'art. 579 c.p. (omicidio del consenziente), ha ribadito la necessità di mantenere in piedi l'impianto codicistico, in ragione del «dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non (di) quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire»<sup>21</sup>. Siccome un diritto non è efficace se non attraverso l'obbligo corrispondente<sup>22</sup>, perché si possa parlare di un diritto al suicidio nel nostro ordinamento dovrebbe sussistere un obbligo, gravante su altri (il medico), di agevolare il proposito suicida o quanto meno di non ostacolarlo. Quanto emerge dalla sentenza, tutt'al più, è un mero onere di verifica, posto in capo alle strutture medico sanitarie, delle condizioni del paziente e delle modalità di esecuzione dell'aiuto al suicidio, non anche un obbligo di esecuzione<sup>23</sup>. Piuttosto, la Corte insiste sulla necessità di garantire l'effettività delle cure palliative e della terapia del dolore, come «pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente». In questo modo si scongiurerebbe il rischio del «paradosso di non punire l'aiuto al suicidio senza avere prima assicurato l'effettività del diritto alle cure palliative»<sup>24</sup>.

Al netto di queste considerazioni, la tendenza degli ultimi anni è quella di una 'regionalizzazione' del fine vita: di fronte all'immobilismo parlamentare e al fallimento della via referendaria, sembra che l'esigenza di adeguare la disciplina giuridica del fine vita alla giurisprudenza recente stia trovando sbocco attraverso le proposte di legge susseguites in varie Regioni. Del resto, va notato come le Regioni avessero già cercato di anticipare il legislatore

---

<sup>19</sup> *Ibidem*, p. 103.

<sup>20</sup> *Ivi*.

<sup>21</sup> Corte cost., sent. n. 50/2022, par. 5.2 *Considerato in diritto*, che riprende quanto già affermato nell'ord. n.207/2018, par. 5 *Considerato in diritto*. La Corte, nel comunicato stampa che ha accompagnato il deposito della sentenza, ha dichiarato che «è inammissibile la richiesta di referendum sull'abrogazione parziale dell'articolo 579 del Codice penale (omicidio del consenziente) poiché, rendendo lecito l'omicidio di chiunque abbia prestato a tal fine un valido consenso, priva la vita della tutela minima richiesta dalla Costituzione».

<sup>22</sup> S. WEIL, *La prima radice. Preludio a una dichiarazione dei doveri dell'uomo* (1943), Edizioni di Comunità, 2017, p. 9.

<sup>23</sup> C. TRIPODINA, *La "circoscritta area" di non punibilità dell'aiuto al suicidio*, cit., 14.

<sup>24</sup> Corte costituzionale, sent. 242/2019, par. 2.4 *Considerato in diritto*.

statale in questa materia nell'attesa di una legge parlamentare, con riferimento alle DAT (dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario)<sup>25</sup>.

Resta da chiedersi, perciò, se lo strumento della legislazione regionale risulti adeguato a perseguire un tale fine, senza che sussista un pericolo di incrinare l'assetto delle competenze assegnate a Stato e Regioni nel Titolo V e, soprattutto, di compromettere le delicate esigenze in gioco attraverso 'storture' costituzionali, con il rischio di non garantire una tutela effettiva ed uniforme alle situazioni di fine vita. In questa cornice, dunque, prima di giustificare una 'regionalizzazione' del fine vita, è opportuno esaminare gli aspetti rilevanti delle recenti proposte di legge, in modo da poter delineare i profili concernenti un'eventuale competenza delle Regioni ad intervenire sulla materia.

#### 4. La proposta di legge di iniziativa popolare dell'Associazione Luca Coscioni e le singole iniziative regionali

L'Associazione Luca Coscioni, da sempre attiva sulla tematica del fine vita, ha promosso una raccolta di firme ai fini della presentazione in tutte le Regioni italiane della proposta di legge regionale "Liberi Subito": l'iniziativa è volta a spostare la discussione sul fine vita nei singoli consigli regionali, in modo da garantire «la diretta applicazione, relativamente a ruoli, procedure e tempi della sentenza della Corte costituzionale "Antoniani/Cappato", numero 242/2019»<sup>26</sup> in caso di approvazione della proposta. La legge non farebbe altro che riaffermare le condizioni previste dalla Corte per la non punibilità della condotta di aiuto al suicidio, stabilendo termini e modalità della procedura medicalizzata. Appare evidente come la proposta si basi sull'assunto che il giudice abbia effettivamente previsto la sussistenza di un diritto per il paziente all'esecuzione della procedura e che, in particolare a seguito delle iniziative del Ministro della Salute e del suo dicastero, la prestazione sia posta a carico delle spese del SSN<sup>27</sup>. Inoltre, nella relazione alla proposta, si afferma senza particolari perplessità che la disciplina viene introdotta "in virtù della piena competenza regionale a legiferare", senza che venga specificato il supporto costituzionale sul quale si fonda l'intervento<sup>28</sup>. Il testo è stato fedelmente ripreso in vari progetti di legge regionali proposti negli ultimi anni (laddove in altri ha subito lievi, seppur in certi casi

<sup>25</sup> Cfr. *Corte costituzionale*, sent. n. 262/2016 con la quale il giudice costituzionale sancì l'incostituzionalità della Legge della Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia 13 marzo 2014, n. 4, intitolata «Istituzione del registro regionale per le libere dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT) e disposizioni per favorire la raccolta delle volontà di donazione degli organi e dei tessuti», e della legge della Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia 10 luglio 2015, n. 16, «Integrazioni e modificazioni alla legge regionale 13 marzo 2015, n. 4 (Istituzione del registro regionale per le libere dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT) e disposizioni per favorire la raccolta delle volontà di donazione degli organi e dei tessuti)». Per ulteriori approfondimenti si rimanda a C. MAGNANI, *Sul testamento biologico altro scontro tra Stato e Regioni. Il Titolo V fa male alla salute?*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 16 dicembre 2016.

<sup>26</sup> Il testo della proposta è consultabile presso la [pagina web](#) ad essa dedicata sul sito dell'Associazione.

<sup>27</sup> Articolo 4 (Gratuità della prestazione): «le prestazioni quali la verifica e l'assistenza ai trattamenti previsti dalla presente legge sono assicurate gratuitamente, nell'ambito del percorso terapeutico-assistenziale erogato in favore di pazienti che, previa richiesta, abbiano ottenuto parere positivo dal Comitato etico».

<sup>28</sup> Nella relazione illustrativa di una successiva proposta datata al 2023, la competenza regionale viene espressamente individuata sulla base dell'art. 117 co. 3, Cost., il quale attribuisce competenza concorrente alle Regioni in materia di "tutela della salute".



significative, variazioni): mentre in alcune Regioni la proposta è stata solo depositata, in altre la discussione sembra già avanzata e in altre ancora sembra (al momento) essere già naufragata<sup>29</sup>.

Tra gli sviluppi più recenti, la proposta ha ricevuto una doppia bocciatura nel Consiglio Regionale del Friuli Venezia Giulia<sup>30</sup>, mentre in Veneto vi è stato un brusco stop nella discussione della legge a gennaio 2024<sup>31</sup>. In Puglia, paradossalmente, c'è una Delibera di Giunta del gennaio 2023 che tenta di dare una disciplina organica del fine vita in attuazione della sentenza 242/2019, ma non è stata ancora adottata una legge regionale<sup>32</sup>. In altre Regioni, come Lombardia ed Emilia Romagna, si attende ancora la discussione del progetto di legge. In particolare, nel caso dell'Emilia Romagna, va segnalata la recente questione relativa alle linee guida adottate dalla Regione negli ultimi mesi, indirizzate alle aziende sanitarie locali, volte ad individuare iter e tempi per l'attuazione delle eventuali richieste di suicidio medicalmente assistito. Il governo, con la Presidenza del Consiglio dei ministri e il ministero della Salute, ha presentato ricorso al TAR dell'Emilia Romagna diretto all'annullamento delle delibere della Giunta regionale, per "la carenza di potere dell'ente" sul tema e per "la contraddittorietà e l'illogicità delle motivazioni introdotte nelle linee guida inviate alle aziende sanitarie"<sup>33</sup>.

I promotori dell'iniziativa di legge insistono sulla crucialità del ruolo delle Regioni nell'affermazione di una tutela garantita del diritto all'assistenza al suicidio. Tuttavia, sulla scorta della recente cronaca e indipendentemente dai possibili dubbi sollevabili riguardo la legittimità dello strumento, sembra che anche la via della legislazione regionale rimanga complicata da percorrere: il difficile gioco di intese che è causa dell'inerzia parlamentare sembra ritrovarsi in maniera speculare nelle assemblee legislative regionali, con numerosi tentativi di discussione della proposta già naufragati. Pertanto, con la dovuta premessa che si tratta di una situazione ancora in evoluzione, ad oggi è difficile dire che siano stati fatti concreti passi avanti nel garantire un accesso più agevole alla procedura così come ricostruita dalla Corte. Inoltre, si può incominciare a evidenziare una possibile criticità pratica della regionalizzazione del fine vita: l'evenienza che la proposta di legge abbia esiti diversi nelle varie Regioni, infatti, genererebbe perplessità circa la possibilità di garantire l'omogenea applicazione della disciplina dettata dalla sentenza su tutto il territorio. Qualora la legge venisse approvata solo in alcune

---

<sup>29</sup> L'associazione Luca Coscioni fornisce, sul proprio sito web, una panoramica aggiornata dell'andamento delle proposte di legge regione per regione. Per conoscere l'attuale iter delle varie proposte, si rimanda all'apposita [pagina web](#).

<sup>30</sup> F. DAL MAS, *Friuli Venezia Giulia, stop definitivo alla legge regionale*, in *Avvenire*, 9 aprile 2024; ID. *Friuli Venezia Giulia, respinta ancora la legge regionale*, in *Avvenire*, 21 giugno 2024

<sup>31</sup> *Veneto, non passa legge su fine vita, centrodestra spaccato*, in *Il Sole 24 Ore*, 16 gennaio 2024.

<sup>32</sup> M. TOTA, *Fine vita, il controsenso della Puglia: l'unica regione ad aver approvato la delibera ad hoc, ma senza una legge diventa una scatola vuota*, in *Il Fatto Quotidiano*, 28 gennaio 2024.

<sup>33</sup> *Fine vita, il governo ricorre al Tar contro l'Emilia Romagna*, in *Il Sole 24 Ore*, 18 aprile 2024. Con la delibera 5 febbraio 2024 n. 194, la Giunta della Regione Emilia Romagna ha costituito il Comitato Regionale per l'Etica nella Clinica (COREC), tra le cui funzioni si annovera quella di «fornire pareri relativi a richieste sul fine vita, per gli aspetti che esulano da quelli normati dalla Legge n. 219/2017». Sullo stesso indirizzo, la successiva determinazione del direttore generale cura della persona, salute e welfare del 9 febbraio 2024 ha disposto una serie di istruzioni tecnico-operative per la verifica dei requisiti previsti dalla sentenza n. 242/2019 della Corte cost. e delle modalità per la sua applicazione. Infine, con la d.g.r. n. 333/2024 sono state previste ulteriori integrazioni alla precedente d.g.r. n. 194/2024.

Regioni, si verrebbero inevitabilmente a creare forti condizioni di disparità per i pazienti delle Regioni dove la procedura, invece, non è stata (ancora) regolamentata. Le conseguenze sarebbero evidenti: con tutta probabilità, si assisterebbe ad un aumento del turismo sanitario interno e ad una possibile crescita del divario dell'offerta sanitaria tra Regioni, in ragione di una logica concorrenziale e di antagonismo istituzionale<sup>34</sup>.

##### 5. Sulla legittimità dell'intervento delle Regioni in materia di fine vita: rilievi e criticità

Passando ad esaminare le questioni giuridiche degne di nota, è necessario discutere della plausibilità dell'intervento della legislazione regionale alla luce del riparto di competenze fra Stato e Regioni di cui all'art. 117 Cost. Secondo i promotori dell'iniziativa, le Regioni avrebbero piena competenza a legiferare in ambito di fine vita, perché una disciplina della procedura medicalizzata di suicidio assistito rientrerebbe tra le materie di legislazione concorrente, precisamente in quella della "tutela della salute" (art. 117, co. 3, Cost.)<sup>35</sup>. Del resto, com'è stato osservato da chi avalla questa ricostruzione<sup>36</sup>, la stessa Corte avrebbe ricondotto il suicidio medicalmente assistito in quest'ambito, definendolo espressamente come una "terapia"<sup>37</sup>. In questa prospettiva, dunque, l'intervento del legislatore regionale dovrebbe limitarsi a dettare una normativa di dettaglio, mentre la determinazione dei principi fondamentali della materia spetterebbe invece allo Stato.

Quest'impostazione può essere contestata. Va riportato che in dottrina si sono levate alcune voci circa l'operazione della Corte di ricondurre il suicidio assistito al concetto di "terapia" attraverso l'equivalenza tra il diritto a ricevere la morte per mano di terzi e il diritto del soggetto al rifiuto delle cure<sup>38</sup>. La parola terapia, finanche nella sua radice etimologica *θεραπεία*, ha il significato di cura, di guarigione; mal si presterebbe, dunque, ad un'estensione semantica tale da ricomprendere al suo interno una condotta concettualmente opposta, volta, invece, alla produzione della morte<sup>39</sup>.

Ma la questione più rilevante, quand'anche si riportasse il fine vita nell'orbita della materia concorrenziale di "tutela della salute", sarebbe comunque la mancanza di una legge nazionale

<sup>34</sup> M. G. NACCI, *Il contributo delle regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Nota a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, cit., p. 118.

<sup>35</sup> Si vedano, al riguardo, le Relazioni illustrative ai progetti di legge regionali sul modello standard proposto dall'Associazione Luca Coscioni, che riconducono il suicidio assistito alla "tutela della salute dei cittadini".

<sup>36</sup> P. F. BRESCIANI, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita. Uno studio su autonomia regionale e prestazioni sanitarie eticamente sensibili*, cit., p. 7.

<sup>37</sup> Cfr. Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, par. 2.3 *Considerato in diritto*. «il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce per limitare ingiustificatamente, nonché irragionevolmente la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13, e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita».

<sup>38</sup> Sul diritto al rifiuto delle cure, cfr. S. CANESTRARI, *Fine vita e rifiuto di cure*, in S. CANESTRARI, G. FERRANDO, C.M. MAZZONI, S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Trattato di biodiritto*, Giuffrè, 2011, pp. 1901 ss., C. CASONATO, *Consenso e rifiuto delle cure in una recente sentenza della Cassazione*, in *Quaderni costituzionali*, n. 3, 2008.

<sup>39</sup> Sul punto, cfr. D. MORANA, *L'ordinanza n. 207/2018 sul "caso Cappato" dal punto di vista del diritto alla salute: brevi note sul rifiuto di trattamenti sanitari*, in *Diritto e Società*, n. 3, 2018, pp. 503 ss.; C. TRIPODINA, *La "circoscritta area" di non punibilità dell'aiuto al suicidio*, cit.

che fissi i principi sui quali dovrebbe fondarsi l'intervento regionale: difatti, la giurisprudenza costituzionale tende ad escludere ogni attività legislativa regionale "suppletiva" o "sostitutiva" in assenza di principi fondamentali posti a livello statale<sup>40</sup>. Pertanto, un'eventuale normativa regionale sarebbe sottoposta a censura di incostituzionalità per vizio di competenza, in quanto, invadendo l'area dei principi fondamentali riservata alla competenza statale, risulterebbe illegittima "per ciò che essa disciplina e non già per come disciplina il suo oggetto"<sup>41</sup>. In questo modo, il vizio di competenza della legislazione regionale sarebbe rilevabile anche quando la disciplina adottata si limitasse a dettare norme di mero carattere organizzativo e procedimentale, senza che vi sia stata una previa determinazione dei principi fondamentali della materia ad opera del legislatore.

Va segnalato come, secondo l'art. 3 della legge 5 giugno 2003, n.131, le Regioni sarebbero comunque in grado di esercitare la loro potestà legislativa nelle materie di legislazione concorrente ogniqualvolta in cui, pur in difetto di una legge statale che determini i principi fondamentali, questi siano comunque desumibili dalle leggi statali vigenti<sup>42</sup>. Per giustificare l'intervento delle Regioni, dunque, bisognerebbe verificare se i principi fondamentali in tema di suicidio assistito siano già ricavabili da altre disposizioni normative statali. Sul punto, va rilevato come spesso la determinazione dei principi nell'ambito del tema discusso venga ricondotta al contenuto della pronuncia del giudice costituzionale, già di per sé autoapplicativa, configurando l'intervento regionale come meramente attuativo dei principi già rinvenibili nella sent. 242/2019. Non c'è dubbio, come già rilevato, che la sentenza sia di per sé autoapplicativa, in quanto detta con precisione sia le condizioni che legittimano l'accesso ai trattamenti, sia i principi fondamentali a cui deve essere ispirato il procedimento di accertamento di tali condizioni e di scelta delle modalità di esecuzione<sup>43</sup>. Tuttavia, equiparare gli effetti normativi di una sentenza ad una "legge statale" potrebbe mettere a repentaglio il delicato assetto del riparto di competenze tra Stato e Regioni, nonché lo stesso principio della divisione dei poteri. La norma stabilisce chiaramente che i principi debbano essere desumibili dalle "leggi statali vigenti"; pertanto appare forzato affermare che una sentenza, per quanto proveniente dalla Corte costituzionale, possa produrre lo stesso effetto di una legge parlamentare. *In primis*, in questo modo si determinerebbe un evidente *vulnus* di rappresentatività, in quanto si attribuirebbe funzione di legge ad un atto proveniente da un organo non eletto e, peraltro, non legislativo; *in secundis*, il rischio sarebbe quello di delegittimare (ulteriormente) il Parlamento dal suo ruolo di indirizzo nelle materie di legislazione concorrente, lasciando che il suo intervento sia solo eventuale. In definitiva, questa pratica potrebbe comportare un definitivo scardinamento della separazione dei poteri, in quanto consentirebbe alla Corte di sostituire

---

<sup>40</sup> M. G. NACCI, *Il contributo delle regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Nota a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, cit., pp. 110-111; con riferimento alla giurisprudenza costituzionale sul tema, cfr. *Corte costituzionale*, sent. n. 359/2003; sent. n. 307/2003; sent. n. 438/2008; sent. n. 253/2009.

<sup>41</sup> Cfr. *Corte costituzionale*, sent. n. 438/2008.

<sup>42</sup> Legge 5 giugno 2003, n. 131, art. 3: «Nelle materie appartenenti alla legislazione concorrente, le Regioni esercitano la potestà legislativa nell'ambito dei principi fondamentali espressamente determinati dallo Stato o, in difetto, quali desumibili dalle leggi statali vigenti».

<sup>43</sup> Cfr. *Corte costituzionale*, sent. n. 242 del 2019, par. 5 *Considerato in diritto*.

totalmente l'organo legislativo ogni volta che una legge sia ritenuta discrezionalmente "necessaria" dal giudice costituzionale.

D'altronde, quest'ultimo problema è già stato riscontrato da parte della dottrina con riguardo al meccanismo decisorio della Corte, che in occasione della sent. n. 242/2019 si è svincolata dalla tradizionale dottrina delle "rime obbligate", attribuendo a sé sostanzialmente il merito di una decisione "politica" che sarebbe spettata al Parlamento. La Corte ha giustificato questo sconfinamento dei limiti della discrezionalità legislativa sulla base dell'esigenza di porre rimedio ad un *vulnus* costituzionale, non sanabile in via interpretativa. Ma com'è stato puntualmente rilevato, una cosa è rinviare la decisione «facendo leva sui propri poteri di gestione del processo costituzionale»<sup>44</sup> in attesa delle scelte del legislatore, altra cosa è scavalcare il Parlamento in una materia controversa, divisiva ed eticamente sensibile qual è quella del suicidio assistito<sup>45</sup>, dettando i "principi e criteri direttivi" in sua vece<sup>46</sup> e, perfino, indicando la sede reputata più idonea per il successivo intervento degli organi legislativi<sup>47</sup>. Inoltre, trattandosi di una pronuncia manipolativa in materia penale, non è chiaro quali siano i limiti di applicazione del contenuto della sentenza: ciò sia rispetto alla decisione di rimodulare l'*an* della punibilità dell'art. 580 c.p., sia all'integrazione operata al precetto penale, che ha reso i confini della fattispecie incerti e, dunque, ha messo in crisi il principio di legalità in materia penale, con particolare riguardo alla dimensione della determinatezza e della tassatività<sup>48</sup>.

L'intervento legislativo del Giudice delle Leggi potrebbe risolversi anche in una lesione della riserva di legge del Parlamento in materia penale qualora il risultato logico dell'equiparazione della pronuncia della Corte ad una legge parlamentare fosse la legittimità delle proposte di legge regionale formulate sulla base dei principi dettati dal giudice costituzionale. Il motivo è che, in tal modo, non si assicurerebbe l'uniformità sul territorio nazionale della regolamentazione regionale delle procedure medicalizzate di assistenza al suicidio. Se, per esempio, alcune Regioni vi provvedessero e altre no, l'applicabilità o meno dell'art. 580 c.p. all'aiutante del suicida dipenderebbe, piuttosto che dalla legge generale, dall'iniziativa della singola Regione: il cittadino di una Regione che non abbia adottato una legge potrebbe subire una disparità di trattamento rispetto al cittadino di un'altra Regione che l'abbia adottata, il quale abbia posto in essere la sua stessa condotta di aiuto al suicidio, ma avendo la possibilità – che lui non ha avuto – di sottoporre al controllo della struttura pubblica la sussistenza delle condizioni scriminanti previste dalla sentenza della Corte e, dunque, di andare esente da punibilità. Giacché la Corte, con il suo intervento e con il suo testuale dispositivo, ha fatto rientrare nel precetto penale tutto l'aspetto della verifica delle condizioni che rendono lecita la condotta di

<sup>44</sup> Cfr. Corte costituzionale, ord. n. 207 del 2018, par. 11 *Considerato in diritto*.

<sup>45</sup> V. MARCENÒ, *L'ordinanza n.207 del 2018 sul caso Cappato: comprendere per (valutare se) giustificare*, in *Giur. cost.*, 2019, pp. 1217 ss.

<sup>46</sup> Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, par. 5 *Considerato in diritto* e, prima ancora, ord. n. 207/2018, par. 10.

<sup>47</sup> E. FURNO, *Il "caso Cappato" ovvero dell'attivismo giudiziale*, in *Osservatorio AIC*, n. 1, 2020, p. 312.

<sup>48</sup> Cfr. M. D'AMICO, *Il "fine vita" davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019)*, in *Osservatorio AIC*, n.1, 2020, pp. 286 ss.; G. ARCONZO, *Il diritto a una morte dignitosa tra legislatore e Corte costituzionale*, cit., p. 86, dove afferma che «In linea generale, si potrebbe osservare che nell'indicazione delle quattro condizioni che rendono lecito l'aiuto al suicidio, la Corte non sia stata particolarmente attenta alla precisione e alla determinatezza, come pure si richiederebbe in materia penale».

agevolazione al suicidio, se si riservasse alle Regioni la regolamentazione di questa parte si consentirebbe ad altri che non siano il legislatore statale di influire sulla legge penale (in contrasto, peraltro, con quanto previsto dalla lett. l) dell'art. 117 co. 2 Cost., che attribuisce la competenza esclusiva allo Stato in materia di ordinamento penale): ne conseguirebbe l'esposizione a rischio della *ratio*, collegata alla riserva di legge, di assicurare condizioni di eguaglianza sul territorio nazionale nella fruizione della libertà personale (pena la violazione dell'art. 3 Cost.).

Va sottolineato, in ogni caso, che la Corte ha espressamente affidato «i delicati bilanciamenti» del caso «in linea di principio, al Parlamento» precisando come «il compito naturale» della Corte stessa sia, in realtà, «quello di verificare la compatibilità di scelte già compiute dal legislatore, nell'esercizio della propria discrezionalità politica, con i limiti dettati dalle esigenze di rispetto dei principi costituzionali e dei diritti fondamentali delle persone coinvolte»<sup>49</sup>.

Un ulteriore ordine di problemi deriva dal fatto che la materia della “tutela della salute” è intersecata da molteplici e pervasive competenze esclusive dello Stato aventi natura finalistica o trasversale<sup>50</sup>: un esempio è dato dalla competenza esclusivamente statale nella determinazione dei LEP (Livelli essenziali delle prestazioni) ex art. 117 co. 2 l. m), che garantisce un'uniforme soddisfacimento del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale, restringendo in maniera sensibile gli spazi dell'autonomia regionale<sup>51</sup>. Ancora, l'esigenza di contenimento della spesa pubblica ha costituito e costituisce tuttora uno dei limiti principali alla legislazione delle regioni: in base alla necessità di raggiungere gli obiettivi di finanza pubblica, si è giustificato un intervento sempre più pervasivo dello Stato in materia di sanità, volto a calibrare la spesa sanitaria sull'effettiva disponibilità delle casse erariali. Ciò anche alla luce della competenza trasversale di “coordinamento della finanza pubblica”, di cui al comma 3 dell'art. 117 Cost., per la quale lo Stato deve fissare i principi fondamentali della materia.

In questo solco si pone la giurisprudenza costituzionale recente che, con riguardo a vari settori della legislazione, sembra essere orientata a valorizzare le tendenze centripete nel riparto della funzione legislativa e dunque a “riportare al centro” ciò che la riforma del titolo V sembrava inizialmente collocare in periferia<sup>52</sup>; specificamente, nel contesto della sanità, se da

<sup>49</sup> Corte costituzionale, sent. n. 242/2017, par. 10 *Considerato in diritto*.

<sup>50</sup> M. G. NACCI, *Il contributo delle regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Nota a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, cit., p. 112. La Corte costituzionale ha accolto nella giurisprudenza successiva alla riforma costituzionale del Titolo V il concetto di “materia trasversale”, individuando alcuni titoli di intervento trasversale dello Stato fra le materie di legislazione concorrente elencate al co. 2 dell'art. 117 Cost. Sul punto, cfr. S. CALZOLAIO, *Tratti fondamentali della giurisprudenza costituzionale in tema di competenze trasversali dello Stato*, in ID., *La materia “ordinamento civile”: una ulteriore competenza trasversale dello Stato?*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2006.

<sup>51</sup> Riguardo alla trasversalità della materia della determinazione dei LEP, cfr. Corte costituzionale, sent. n. 282/2002, par. 3 *Considerato in diritto*: «non si tratta di una materia in senso stretto, ma di una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti sull'intero territorio nazionale il godimento di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle».

<sup>52</sup> D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio AIC*, n. 1, 2018, pp. 5-6.

un lato viene riproposta un'interpretazione estensiva dell'ambito materiale «tutela della salute», dall'altro si afferma contestualmente una intrinseca “cedevolezza” della disciplina regionale rispetto a quella statale, in tutti i casi in cui quest'ultima si faccia carico di soddisfare esigenze di carattere unitario<sup>53</sup>.

Va rilevato, infine, che non vi è una perfetta coincidenza tra la nozione di tutela della salute annoverata all'art. 32 Cost. – alla quale fa esplicito richiamo la Corte – e quella di cui al co. 3 dell'art. 117 Cost.<sup>54</sup>: l'impressione, infatti, è che lo Stato mantenga un ruolo egemone nella configurazione normativa dei “diritti inerenti alla salute” anche all'esito della riforma del Titolo V, Parte II della Costituzione<sup>55</sup>. In tale quadro – e cioè alla luce del fatto che gli spazi di autonomia regionale in materia debbano costantemente “fare i conti” con l'ineliminabile rilevanza unitaria della protezione del diritto alla salute – è difficile ammettere che il legislatore regionale possa intervenire su un terreno come quello del fine vita in assenza di una disciplina *ad hoc* da parte del legislatore nazionale<sup>56</sup>.

Una parte della dottrina<sup>57</sup> aderisce all'orientamento per il quale in realtà le Regioni siano del tutto incompetenti a disciplinare gli aspetti giuridici e procedurali del fine vita, trattandosi di una materia nella quale vengono in rilievo diversi diritti fondamentali della persona. La stessa Corte, nelle due pronunce sul caso Antoniani e nella successiva sent. n. 50/2022, ha evidenziato più volte come il campo delle scelte di fine vita entri in stretto contatto con diritti ‘personalissimi’ come il diritto alla vita e il diritto all'autodeterminazione individuale quale esplicazione del diritto alla salute ex art. 32 Cost. Tale intrinseco collegamento porterebbe, dunque, a ricomprendere il tema all'interno della materia dell' «ordinamento civile»<sup>58</sup> di cui alla lettera l) del comma 2 dell'art. 117 Cost., di conseguenza riconducendolo alla sfera di competenza legislativa esclusiva dello Stato. Pertanto, le proposte di legge regionale risulterebbero illegittime per difetto di competenza legislativa regionale, ai sensi dell'art. 117, co. 2 e 3 Cost.

---

<sup>53</sup> *Ibidem*, p. 15.

<sup>54</sup> Sul carattere “complesso” (o “multidimensionale”) del diritto alla salute, e sulle molteplici posizioni giuridiche soggettive che ad esso possono ricondursi, v. in particolare B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir. soc.*, 1983, 25 s., M. LUCIANI, *Salute, I) Diritto alla salute – dir. cost.*, in *Enc. giur.*, XXVII, Roma, 1991, 5, R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (dir.), *Dizionario di diritto pubblico*, VI, Giuffè, 2006, 5394 ss.

<sup>55</sup> M. G. NACCI, *Il contributo delle regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Nota a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, cit., p. 109.

<sup>56</sup> *Ibidem*, p. 113.

<sup>57</sup> Tra gli autori già citati, si veda M. G. NACCI, *Il contributo delle regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Nota a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, cit. Cfr. anche: G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio, i rilievi dell'Avvocatura Generale dello Stato, le forzature del Tribunale di Trieste e della commissione nominata dall'azienda sanitaria*, in *Consulta online*, Fascicolo I, 12 gennaio 2024; A. CANDIDO, *Il “fine vita” tra Stato e Regioni*, in *Consulta online*, Fascicolo III, 2 settembre 2024.

<sup>58</sup> Secondo Maria Grazia Nacci, verrebbe in rilievo anche la materia dell'«ordinamento penale», di cui sempre alla l. l) del co.2 dell'art. 117 Cost., poiché le proposte di legge regionali prevedono che il SSN sia comunque tenuto a trovare una soluzione in caso di assenza di medici disposti a fornire assistenza al suicidio. Tale disposizione interesserebbe anche le disposizioni penali circa i profili di responsabilità degli operatori sanitari. Cfr. M. G. NACCI, *Il contributo delle regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Nota a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, cit., p. 113.

L'argomento su cui si fonda questa tesi prende le mosse dalla sent. n. 262/2016 della Corte costituzionale, con la quale venne dichiarata l'incostituzionalità di due leggi della Regione Friuli-Venezia Giulia: la legge n. 4 del 13 marzo 2015, intitolata «Istituzione del registro regionale per le libere dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (DAT) e disposizioni per favorire la raccolta delle volontà di donazione degli organi e dei tessuti», e la legge integrativa e di modifica della precedente n. 16 del 10 luglio 2015. All'epoca, si era assistito ad un simile tentativo delle Regioni di anticipare in materia di fine vita il legislatore nazionale, che sarebbe intervenuto solo più tardi, nel 2017, con la legge n. 219. Difatti, pur in assenza di una legge nazionale che regolamentasse la disciplina delle DAT, la normativa viziata riconosceva «la possibilità della persona di rendere esplicite con certezza le proprie determinazioni in ordine ai trattamenti sanitari, nell'ambito del Servizio sanitario regionale e in tutte le fasi della vita, ivi compresa quella terminale, e anche per l'ipotesi in cui la persona stessa non sia più in grado di intendere e di volere, fino alla morte accertata nei modi di legge»<sup>59</sup>. La Corte ha dichiarato l'incostituzionalità della disciplina regionale, per via del suo carattere fortemente innovativo sull'ordinamento civile: la sanzione di illegittimità discende, infatti, da una valutazione complessiva dell'intero dettato normativo, che viene considerato come il risultato di norme strettamente connesse tra di loro; pertanto, nella sua unità e coerenza, la legge esorbita i limiti assegnati alla sua competenza<sup>60</sup>. Secondo la Consulta, dal momento che la normativa attribuisce un rilievo pubblico a manifestazioni di volontà strettamente connesse alla dimensione privata del singolo, questa «interferisce nella materia dell'«ordinamento civile», attribuita in maniera esclusiva alla competenza legislativa dello Stato dall'art. 117, comma secondo, lettera l), Cost.»<sup>61</sup>. Inoltre, il giudice costituzionale ha precisato che «data la sua incidenza su aspetti essenziali della identità e della integrità della persona, una normativa in tema di disposizioni di volontà relative ai trattamenti sanitari nella fase terminale della vita [...] necessita di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di eguaglianza, ratio ultima della riserva allo Stato della competenza legislativa esclusiva in materia di «ordinamento civile», disposta dalla Costituzione»<sup>62</sup>.

<sup>59</sup> Legge regionale Friuli-Venezia Giulia 13 marzo 2015, n. 4, art. 1. La legge affermava esplicitamente di intervenire «nelle more dell'approvazione di una normativa in materia a livello nazionale», «in attuazione di quanto previsto dagli articoli 2, 3, 13 e 32 della Costituzione, dall'articolo 9 della Convenzione di Oviedo del 4 aprile 1997, ratificata dalla legge 28 marzo 2001, n. 145 e dall'art. 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea» (comma 3). Inoltre, la clausola posta a chiusura di tale primo articolo prevedeva «un successivo adeguamento a seconda di quelle che saranno le disposizioni previste dalla normativa statale», con l'obiettivo di colmare il vuoto legislativo e di anticipare il legislatore nazionale con un proprio atto normativo in materia.

<sup>60</sup> L. COEN, *Le disposizioni anticipate di trattamento sanitario tra diritto civile e organizzazione amministrativa*, in *BioLaw Journal – Rivista di Biodiritto*, n.1, 2017, p. 216.

<sup>61</sup> Corte costituzionale, sent. n. 262/2016, par. 5.3 *Considerato in diritto*. La censura derivava dal fatto che la legislazione regionale stabiliva la forma di espressione, nonché le modalità di annotazione e conservazione in un pubblico registro degli intendimenti di ciascun soggetto in ordine ai trattamenti sanitari, sottraendoli così alla sfera meramente privata. La Corte chiarisce anche che tali manifestazioni di volontà sono espressive della libertà di cura, come affermato anche in vari precedenti giurisprudenziali (ex multis, sentenze n. 438 del 2008; n. 282 del 2002; n. 185 del 1998; n. 307 del 1990).

<sup>62</sup> Corte costituzionale, sent. n. 262/2016, par. 5.4 *Considerato in diritto*. Sul punto, cfr. anche C. MAGNANI, *Sul testamento biologico altro scontro tra Stato e Regioni. Il Titolo V fa male alla salute?*, cit.

Si possono formulare, a questo punto, alcune considerazioni. Innanzitutto è lampante, così come anche in altre questioni di fine vita, che una procedura come quella del suicidio medicalmente assistito entri in rapporto con alcuni diritti fondamentali della persona. Va sottolineata, poi, la stretta contiguità della legge n. 219/2017 con la disciplina del suicidio assistito, 'istituita' d'altro canto dallo stesso giudice delle Leggi, che si è persino spinto a suggerire al legislatore nazionale l'opzione di introdurre la necessaria disciplina in materia di suicidio medicalmente assistito intervenendo nel contesto della stessa legge n. 219/2017 e del suo spirito<sup>63</sup>. Ancora, è evidente, che le esigenze di uniformità di disciplina verrebbero frustrate se le Regioni regolamentassero la procedura in vece dello Stato: un'eventuale legge nazionale introdurrebbe un vero e proprio diritto al suicidio assistito, imponendo una nuova prestazione a carico del SSN. Pertanto, sarebbe necessaria anche una rideterminazione dei LEP concernenti i diritti civili e sociali volta a porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento delle prestazioni garantite, come contenuto essenziale del nuovo diritto; azione che spetterebbe solo al legislatore nazionale. Di conseguenza, le proposte di legge regionali finirebbero per introdurre una nuova prestazione attualmente non prevista nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) in ambito sanitario, ponendo problemi di discriminazione su scala nazionale<sup>64</sup>.

Qualora si accettasse il ragionamento svolto dalla Corte nella sent. n. 262/2016, bisognerebbe concludersi che i legislatori regionali non hanno alcuna competenza normativa – nemmeno di dettaglio – con riguardo alla disciplina del suicidio medicalmente assistito, poiché la materia del legiferare potrebbe essere disciplinata solo da una legge del Parlamento, in quanto riconducibile all'“ordinamento civile” di cui alla l.) del comma 2 dell'art. 117 Cost.. Pertanto, un'eventuale disciplina regionale sarebbe costituzionalmente illegittima non per il suo

---

<sup>63</sup> M. G. NACCI, *Il contributo delle regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Nota a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, cit., pp. 114-115.

<sup>64</sup> *Ibidem*, p. 115. Va ricordato che una Regione può comunque destinare ulteriori risorse alla previsione di “livelli ulteriori” di assistenza, che vanno ad aggiungersi ai livelli essenziali, a condizione che non si trovi in condizioni di disavanzo strutturale e che abbia sottoscritto un Piano di rientro dal deficit. Prosegue infatti l'autrice: «Né alla luce di tutto quanto sopra rilevato, sembra ammissibile che le prestazioni di aiuto al suicidio medicalmente assistito possano eventualmente farsi rientrare tra le prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei Lea che le Regioni sono abilitate a garantire utilizzando risorse proprie. Operazione questa, peraltro, allo stato preclusa in via generale ad una delle due regioni in cui si è attivata tale iniziativa legislativa, ossia alla Puglia che, è dal 29 novembre 2010 e tuttora impegnata nel Piano di rientro da disavanzo sanitario e non può, pertanto, individuare, né garantire livelli ulteriori di assistenza, ponendo i relativi oneri in capo al servizio sanitario regionale. La previsione di una prestazione non contenuta nei Lea e non prevista dal Piano di rientro si pone, infatti, in contrasto con la competenza statale in materia di coordinamento della finanza pubblica, perché lesiva del principio fondamentale di contenimento della spesa pubblica sanitaria posto dall'art. 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 con cui sono stati introdotti nell'ordinamento i Piani di rientro sanitari. I vincoli in materia di contenimento della spesa pubblica sanitaria costituiscono espressione di un principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica e che, dunque, per la Regione in Piano di rientro rimane “inibita” la competenza concorrente in materia di tutela della salute, con l'impossibilità di introdurre prestazioni afferenti al settore sanitario ulteriori e ampliative rispetto a quelle previste dallo Stato».



contenuto, ma per il solo fatto “di aver disciplinato una materia di competenza legislativa esclusiva dello Stato”<sup>65</sup>.

Va segnalato, infine, che anche l’Avvocatura Generale dello Stato ha aderito a questa tesi in un suo recente parere. Interpellata dal Consiglio Regionale del Veneto sulla competenza della Regione a regolamentare la procedura di suicidio medicalmente assistito con una legge regionale, l’Avvocatura ha affermato che «la disciplina relativa alla titolarità e all’esercizio dei diritti fondamentali rientra nella competenza esclusiva del legislatore statale ai sensi dell’articolo 117, secondo comma, lett. l), Cost., così come le scelte in tema di creazione o estensione della punibilità penale»<sup>66</sup>.

## 6. Prospettive future, anche alla luce delle possibili conseguenze dell’autonomia differenziata

Sembra che si possano avanzare, in definitiva, alcune considerazioni conclusive. Alla luce di quanto finora scritto, il dibattito pubblico sul suicidio assistito tiene ancora banco a distanza di più di cinque anni dalla sentenza della Corte costituzionale. La mancata adozione di una legge sembra aver portato alla “legificazione” di un provvedimento giudiziario, che viene invocato al fine di colmare una presunta lacuna del sistema.

Innanzitutto, come si è più volte detto in questo testo, la sentenza 242/2019 è autoapplicativa: ad oggi, un paziente terminale può accedere alla procedura medica di aiuto al suicidio per vie giudiziali, così come dimostra la cronaca di alcuni recenti casi giurisprudenziali<sup>67</sup>. Chiaramente, si tratta di un iter lungo e faticoso per il soggetto che desideri

---

<sup>65</sup> Questo sarebbe confermato anche da un’altra sentenza della Corte costituzionale, nella quale il giudice ha sancito l’incostituzionalità della legge regionale calabrese n. 27/2014 in materia di dichiarazioni di volontà relative alla donazione *post mortem* di organi e tessuti per violazione dei parametri indicati dalla legge statale di riferimento, della quale si limitava meramente a riportare il contenuto (*Corte costituzionale*, sent. n. 195/2015, par. 3.1 *Considerato in diritto*).

<sup>66</sup> L’Avvocatura riconosce comunque che la proposta normativa in esame intersechi anche materie di competenza legislativa concorrente delle Regioni – come, appunto, la tutela della salute – ma ricorda che la Corte Costituzionale ha ribadito, nella sent. n. 5/2018, “che il diritto della persona di essere curata efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell’arte medica, e di essere rispettata nella propria integrità fisica e psichica deve essere garantito in condizione di eguaglianza in tutto il paese, attraverso una legislazione generale dello Stato basata sugli indirizzi condivisi dalla comunità scientifica nazionale e internazionale”.

<sup>67</sup> Dopo la sentenza n. 242/2019, alcuni pazienti terminali hanno ottenuto l’autorizzazione ad accedere alla procedura di aiuto al suicidio medicalizzato da un giudice. In particolare, nel 2023, il Tribunale di Trieste ha concesso alla signora “Anna” (nome di fantasia per tutela della privacy) di darsi la morte attraverso un percorso per la prima volta interamente a carico del SSN, che ha fornito il farmaco letale e ha individuato un medico che ha provveduto a supportare l’azione richiesta. Va segnalato, poi, come, al momento in cui si scrive, vi sia un’ulteriore questione di costituzionalità dell’art. 580 c.p. pendente dinnanzi alla Corte di legittimità costituzionale, nella parte in cui richiede che la non punibilità di chi agevola l’altrui suicidio sia subordinata alla circostanza che l’aiuto sia prestato a una persona ‘tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale’, per contrasto con gli articoli 2, 3, 13, 32 e 117 della Costituzione, quest’ultimo in riferimento agli articoli 8 e 14 della Convenzione EDU. La questione è stata sollevata dalla Sezione GIP del Tribunale di Milano, con ordinanza del 21 giugno 2024 e ricalca le motivazioni della precedente ordinanza di rimessione del GIP del Tribunale di Firenze del 17 gennaio 2024, la quale ha portato la Corte ad esprimersi nel merito con la recente pronuncia n. 135/2024.

intraprendere un percorso di morte volontaria assistita, che verrebbe a semplificarsi di molto qualora venisse disciplinato da una legge.

D'altra parte, però, non va dimenticato che l'ordinamento predispone già altri strumenti per consentire al paziente di darsi la morte nei contesti di fine vita: la stessa Corte ha insistito molto sulla necessità di garantire delle soluzioni alternative, quali «l'accesso alle cure palliative ed, eventualmente, alla sedazione profonda continua»<sup>68</sup>. Ove l'ordinamento riconoscesse un diritto a morire pieno ed effettivo, allora si comprenderebbe l'urgenza del tema, poiché nella situazione attuale si avrebbe un chiaro ed evidente *vulnus* dei diritti fondamentali della persona. Ma ad oggi, come già affermato all'inizio, sembra che dalla lettura dell'attuale quadro normativo non possa ricavarsi l'esistenza di un diritto soggettivo a pretendere la prestazione dell'aiuto al suicidio; né tantomeno sembra rinvenibile nel dispositivo della sentenza della Corte, che ha più volte ribadito come la condotta di aiuto al suicidio sia solamente “non punibile” al ricorrere delle condizioni menzionate.

A conferma di ciò, va certamente menzionata la recente sentenza n. 135/2024 della Consulta, la quale – interpellata nuovamente sulla legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. – ha ribadito i limiti applicativi della disciplina delineata nella pronuncia Antoniani: la Corte, dopo aver chiarito che nell'ordinamento italiano non esiste un diritto generale a terminare la propria vita in ogni situazione di sofferenza intollerabile, ha sancito la necessaria indefettibilità del requisito della «dipendenza da trattamenti di sostegno vitale» ai fini dell'applicazione della procedura di suicidio medicalizzato<sup>69</sup>.

Dunque, sebbene la sensibilità del tema sia chiara ai più, non sembra che si possa giustificare una flessione dell'apparato costituzionale al fine di estendere le maglie di un preteso diritto di per sé molto limitato, senza che sia il Parlamento a farlo. Da un lato, il rischio è quello di colpire alle fondamenta una struttura già intrinsecamente fragile come quella su cui si regge il riparto delle competenze Stato – Regioni, scavalcando il dettato costituzionale e creando ulteriore confusione istituzionale; dall'altro, un regionalismo differenziato del fine vita porterebbe ad accentuare le disuguaglianze tra cittadini, prevedendo il servizio tra i LEA solo nelle Regioni che adottino la legge. Inoltre, si amplierebbe il divario nell'organizzazione della sanità tra le varie Regioni, se si considera, per esempio, che le Regioni in disavanzo strutturale che hanno sottoscritto un Piano di rientro dal deficit non potrebbero tecnicamente stanziare nuovi fondi per l'erogazione di prestazioni ulteriori rispetto ai LEA. Dunque, la procedura medica di aiuto

<sup>68</sup> Corte costituzionale, sent. n. 242/2019, par. 7 *Considerato in diritto*.

<sup>69</sup> Cfr. Corte costituzionale, sent. n. 135/2024. In breve, la questione trae origine dal caso di un paziente affetto da sclerosi multipla, il quale, con l'aiuto di tre persone, aveva richiesto l'accesso alla procedura di suicidio assistito in una clinica Svizzera, senza essere dipendente da trattamenti di sostegno vitale. La Sezione GIP del Tribunale di Firenze, con ordinanza di rimessione del 17 gennaio 2024, ha sollevato un nuovo incidente di costituzionalità relativo all'art. 580 c.p. per contrasto con gli articoli 2, 3, 13, 32 e 117 della Costituzione – quest'ultimo in riferimento agli articoli 8 e 14 della Convenzione EDU – in quanto ha ritenuto necessario un chiarimento sui limiti posti dalla sentenza n. 242/2019. La Corte ha riaffermato la necessità che il diritto all'autodeterminazione del paziente non si espanda al punto tale da comprimere eccessivamente il contrapposto interesse alla tutela della vita umana, ribadendo l'indispensabilità del requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale ai fini dell'accesso alla procedura medicalizzata di aiuto al suicidio ed escludendo la possibilità di estendere tale diritto a pazienti in condizioni di sofferenza intollerabile, ma non dipendenti da tali trattamenti.

al suicidio finirebbe per consistere in un servizio non uniforme e non adeguatamente disciplinato, col rischio di frustrare ulteriormente le esigenze dei pazienti terminali.

V'è da porre a mente che il quadro appena delineato potrebbe presto subire delle variazioni. Il 26 giugno 2024 è stata promulgata la legge n. 86, che definisce i principi generali per l'attuazione dell'Autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi del comma 3 dell'art. 116 Cost. Il nuovo 'regionalismo asimmetrico' permetterà alle Regioni di richiedere maggiori spazi di autonomia in tutte le materie di cui al comma 3 dell'art. 117, ossia in tutte le materie di legislazione concorrente.

Va da sé che uno degli ambiti ad essere maggiormente interessato dalla riforma sarà quello della "tutela della salute", già richiamato sopra. Sul punto, è bene sottolineare come il SSN sia sottoposto a spinte di privatizzazione e di "regionalizzazione" già da diversi anni. Tuttavia, i dati dimostrano che la maggiore autonomia regionale in ambito di sanità ha portato a disegualianze maggiori tra le singole regioni: il report n. 2/2024 dell'osservatorio Fondazione GIMBE<sup>70</sup>, il quale esamina il potenziale impatto delle maggiori richieste di autonomia da parte delle Regioni in materia di "tutela della salute" sul servizio sanitario, documenta l'esistenza di enormi divari nella sanità tra le diverse zone del Paese, con particolare riguardo, tra le varie problematiche, agli adempimenti relativi ai LEA e al fenomeno della mobilità sanitaria. Due elementi di disparità che certamente si rifletterebbero - anzi, si acuirebbero - nella disciplina del fine vita regionalizzato.

Mettendo da parte queste questioni, per la trattazione delle quali si rimanda a testi più approfonditi<sup>71</sup>, sarà certamente interessante verificare il modo in cui la riforma andrà ad incidere indirettamente sul tema della regionalizzazione del fine vita, con riferimento alla disciplina dell'aiuto al suicidio medicalizzato. Bisognerà aspettare e verificare se le Regioni approfitteranno degli ulteriori spazi di intervento in campo di sanità al fine di affermare con maggior vigore la legittimità delle proposte di legge di iniziativa popolare.

In conclusione, sembra che ad oggi l'unica via effettivamente percorribile sia quella che la Corte stessa ha indicato a più riprese: l'adozione di una legge nazionale che possa disciplinare in maniera generale e uniforme l'accesso all'aiuto al suicidio medicalizzato, in modo da soddisfare tutte le esigenze del caso, senza dover realizzare compromessi costituzionali non (ancora) necessari. Ovviamente, bisogna tener conto dell'oggettiva difficoltà del legislatore di individuare e far proprio, da parte delle forze politiche presenti in Parlamento, un comune

---

<sup>70</sup> Cfr. Report Osservatorio GIMBE, n. 2, 2024. *L'autonomia differenziata in sanità*. Fondazione GIMBE: Bologna, 21 marzo 2024.

<sup>71</sup> Sul tema, considerata la sua novità, non si è ancora formata una letteratura scientifica rilevante. Ciononostante, vi sono già varie voci che si sono espresse al riguardo degli effetti che l'attuazione dell'autonomia differenziata potrebbe avere sul sistema sanitario. Cfr., oltre al già citato report dell'osservatorio GIMBE: G. TRIANNI, *Ragioni e decise forme di opposizione ai cambiamenti del "sistema salute" in essere e indotti dal DDL Calderoli*, in *Quotidiano Sanità*, 23 aprile 2024; F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: alcune riflessioni a partire dalle esperienze di governo delle politiche sanitarie*, in *Etica ed Economia*, 5 maggio 2019; ID., *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in *Federalismi.it*, 15/2019; M. BETTI, S. MAINO, *Sanità e regionalismo differenziato*, in *Il Mulino*, 11 agosto 2023; M. BORDIGNON, I. MAROCCIA, F. SCINETTI, G. TURATI, *L'autonomia differenziata nella "tutela della salute"*, in *Osservatorio sui Conti Pubblici italiani*, 25 luglio 2024.



sentire su un tema che, per la sua drammaticità, ha creato e crea irriducibili contrapposizioni<sup>72</sup>. Tuttavia, si tratta di una strada che è diventata in qualche modo obbligata proprio a seguito dell'intervento della Corte costituzionale. L'opportunità di percorrerla, dunque, risponde essenzialmente ad esigenze di ordine pragmatico: al punto in cui è approdata la discussione sul fine di vita, appare prioritario evitare "fughe in avanti" periferiche e assicurare un'uniformità di trattamento che la legislazione regionale non potrebbe per definizione garantire.

---

<sup>72</sup> Per un'approfondita disamina delle ragioni dell'inerzia legislativa, cfr. G. ARCONZO, *Il diritto a una morte dignitosa tra legislatore e Corte costituzionale*, cit., pp. 60-92.