



SEMINARIO DEL GRUPPO DI PISA  
L'ELABORAZIONE DI UN DIRITTO A UNA MORTE DIGNITOSA NELL'ESPERIENZA EUROPEA  
UNIVERSITÀ DI TORINO – 2 DICEMBRE 2022

IL CONTRIBUTO DELLE REGIONI ALLA GARANZIA DI UNA MORTE  
DIGNITOSA.  
NOTE A MARGINE DI DUE INIZIATIVE LEGISLATIVE REGIONALI IN TEMA  
DI SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO\*

MARIA GRAZIA NACCI\*\*

SOMMARIO: 1. Rilievi preliminari. – 2. Il contenuto delle proposte di legge pugliese e marchigiana. – 3. Sulla possibilità di ritenere la sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 come ‘fondante’ l’intervento dei legislatori regionali. – 4. Sulla presunta introduzione, a mezzo della sentenza n. 242/2019, di una nuova prestazione assistenziale a carico del Servizio Sanitario Nazionale. – 5. Sulla necessaria interposizione del legislatore statale. – 5.1. Gli ambiti competenziali interessati. La tutela della salute. – 5.2. L’intreccio della materia ‘tutela della salute’ con altri titoli di cui all’art.117, commi 2 e 3, Cost. – 6. Conclusioni.

### **1. Rilievi preliminari**

A fine luglio scorso in Puglia è stata approvata in Commissione consiliare una proposta di legge su “Assistenza sanitaria per la morte serena ed indolore di pazienti terminali”<sup>1</sup>. Solo pochi giorni prima anche nella Regione Marche era stata presentata una proposta di legge su “Procedure e tempi per l’assistenza sanitaria regionale al suicidio

---

\* Contributo sottoposto a referaggio ai sensi dell’art. 5 del Regolamento della Rivista.

\*\* Professoressa associata di Istituzioni di diritto pubblico nell’Università degli Studi di Bari ‘Aldo Moro’.

<sup>1</sup> Atto Consiglio 511/A XI legislatura, presentato il 14 giugno 2022, assegnata alla Commissione III - Assistenza sanitaria, Servizi sociali, approvato in data 25 luglio 2022 non all’unanimità (la proposta che ha visto come primo firmatario un esponente del PD, ha raccolto il voto contrario di Fratelli d’Italia e di due consiglieri regionali del PD e l’astensione per il M5S).

*medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale*<sup>2</sup>, che ricalca fedelmente la proposta di legge predisposta dall’Associazione Luca Coscioni<sup>3</sup> e trasmessa al presidente della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ed ai presidenti delle Regioni proprio con l’obiettivo di sollecitare i legislatori regionali ad occuparsi prontamente della questione.

Al momento in cui si scrive (gennaio 2023) le richiamate iniziative legislative pugliese e marchigiana non hanno avuto seguito, atteso che presso il Consiglio regionale pugliese, dopo la bocciatura della predetta proposta nella seduta del 3 ottobre scorso<sup>4</sup>, è stato subito ripresentato, dopo solo tre giorni, il medesimo progetto, assegnato alla commissione competente in sede referente, i cui lavori, però, non risultano allo stato ancora iniziati<sup>5</sup>; parimenti, anche dal sito del Consiglio regionale delle Marche la proposta di legge in discorso risulta ancora giacente presso la IV Commissione permanente - Sanità e Politiche sociali.

Ad ogni modo, in attesa di eventuali sviluppi, tali atti di iniziativa sollecitano l’interesse ed offrono l’occasione per riflettere sugli spazi di intervento dei legislatori regionali in tema di ‘fine vita’ e per chiedersi se e quale contributo possano allo stato dare le Regioni in questo delicato ambito.

## ***2. Il contenuto delle proposte di legge regionale pugliese e marchigiana***

Prima di procedere ad analizzare gli spazi normativi regionali in materia, appare utile una sia pur sintetica ricognizione dei contenuti delle proposte di legge pugliese e marchigiana da cui origina la presente riflessione.

Sulla scorta dell’assunto della doverosità dell’intervento legislativo regionale, in esecuzione della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, la proposta di legge pugliese in tema di “*Assistenza sanitaria per la morte serena e indolore di pazienti terminali*” detta una disciplina che, in base a quanto esposto nella relazione di accompagnamento al testo, “serve a dettagliare i tempi e i modi del procedimento e a eliminare eventuali residui d’incertezza e problematicità, al cospetto di un tema altamente sensibile e perciò fonte di notevoli dubbi applicativi”, al fine di “assicurare alle persone

---

<sup>2</sup> Proposta di legge n. 129, XI legislatura, presentata il 13 luglio 2022 e tutt’ora giacente presso la IV Commissione consiliare permanente ([https://www.consiglio.marche.it/banche\\_dati\\_e\\_documentazione/iter\\_degli\\_atti/pdl/scheda9.php?id=2073](https://www.consiglio.marche.it/banche_dati_e_documentazione/iter_degli_atti/pdl/scheda9.php?id=2073)).

<sup>3</sup> Disponibile su [https://www.associazionelucacoscioni.it/wp-content/uploads/2022/07/20.07.22-PDL-regionale-in-osservanza-della-sent.-n.242\\_19-Corte-Cost.docx-1.pdf](https://www.associazionelucacoscioni.it/wp-content/uploads/2022/07/20.07.22-PDL-regionale-in-osservanza-della-sent.-n.242_19-Corte-Cost.docx-1.pdf).

<sup>4</sup> Il Consiglio regionale ha accolto la sollecitazione del Presidente Emiliano a non procedere oltre su un tema così divisivo, peraltro, non inserito nel programma di governo.

<sup>5</sup> Atto Consiglio 583, XI legislatura. Il mancato esame per mesi da parte della Commissione ha consentito al primo proponente del progetto di legge in oggetto di chiederne, all’inizio del nuovo anno, l’iscrizione al primo Consiglio utile, previsto per il 17 gennaio 2023. Tuttavia, il giorno stesso si è appreso dalla stampa che la discussione non ci sarebbe stata, avendo la giunta messo a punto una soluzione di carattere amministrativo per dare seguito alla sentenza Corte cost. 242/2019: si parla della previsione di un comitato etico per ogni Asl ed uno centrale costituito presso il Policlinico di Bari, pur non essendo chiaro, allo stato, se si ritiene di intervenire con delibera di Giunta ovvero con una circolare con direttive da impartire alle Asl.

con malattie terminali e croniche un congedo dalla vita senza dover subire il medesimo destino però aggravato da un processo più lento e doloroso per sé e per le persone care".

Si dispone, così, che "le strutture sanitarie pubbliche della Regione Puglia assicurano l'assistenza per aiutare alla morte serena e indolore (si tratta, invero, come si vedrà, di una prestazione a carico delle strutture sanitarie pubbliche, non prevista espressamente dal giudice costituzionale) le persone malate in stato cronico (non più terminali, come nel titolo della proposta), la cui condizione clinica è compatibile con il diritto al rifiuto del mantenimento artificiale in vita ai sensi dell'articolo 32, comma 2, della Costituzione" (art.1): ci si limita a rilevare come le locuzioni "pazienti terminali" e "persone malate in stato cronico" vengano usate come se fossero ipotesi alternative, sebbene ci siano tante malattie 'croniche' che non necessariamente rendano il paziente 'terminale', un linguaggio atecnico, potenzialmente foriero di numerosi dubbi interpretativi, possibile preludio ad un ampliamento della platea dei soggetti che possono accedere alla morte assistita.

Le condizioni di accesso alla suddetta assistenza sanitaria, che ricalcano sostanzialmente quelle enucleate dalla Consulta per depenalizzare l'aiuto al suicidio<sup>6</sup>, devono essere verificate, unitamente alle modalità di accesso alle prestazioni e ai trattamenti di cui in discorso, dalla struttura sanitaria interessata, previo parere del comitato etico territorialmente competente (art.3), che nel testo approvato in III Commissione consiliare il 25 luglio 2022, deve essere "integrato da un medico palliativista, un neurologo, uno psicologo e un rappresentante delle professioni infermieristiche" (recependo le indicazioni del Ministero della Salute nella nota del novembre 2021, di cui si dirà oltre). Le suddette strutture sanitarie e comitati etici sono, per espressa previsione normativa, comunque obbligati a offrire preventivamente al paziente concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda, ove idonee ad eliminare la condizione di sofferenza.

I suddetti procedimenti di verifica e di parere "necessari pure nel caso di disposizione anticipata di trattamento ai sensi della Legge regionale 21 gennaio 2019, n. 1 (Disposizioni per l'attuazione della legge 22 dicembre 2017, n. 219 - Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento), sono attivati su istanza inoltrata dall'interessato, o di chi abbia la capacità legale di assumere tale determinazione (la locuzione in corsivo scompare nel testo approvato in Commissione a luglio scorso), all'Azienda sanitaria territorialmente competente e alla struttura sanitaria interessata, e conclusi entro e non oltre sette giorni". Un termine, invero, assai ridotto, sebbene non si chiarisca se si tratti di termine perentorio o meramente ordinatorio.

Al personale sanitario delle strutture interessate viene assicurato il diritto di rifiutare, per motivi di coscienza, l'esecuzione delle prestazioni e dei trattamenti previsti

---

<sup>6</sup> "L'assistenza sanitaria di cui all'articolo 1, consistente in prestazioni e trattamenti clinicamente adeguati (anche qui totale indeterminatezza delle locuzioni), è assicurata a persone in possesso dei seguenti e contestuali requisiti: siano capaci di assumere decisioni libere, consapevoli e abbiano espresso autonomamente e liberamente la volontà di accedere alle prestazioni e ai trattamenti, con le modalità e gli strumenti più consoni alle condizioni cliniche; siano affette da patologie irreversibili; siano tenute in vita con trattamenti di sostegno vitale; si trovino in condizione di sofferenze fisiche e psicologiche assolutamente intollerabili" (art.2).

dalla legge medesima (art.4), precisando, tuttavia, che per l’ipotesi in cui risulti impossibile formare l’equipe sanitaria, per gli effetti di decisioni assunte nell’esercizio del diritto di obiezione di coscienza, “spetta alla direzione sanitaria dell’Azienda sanitaria interessata adottare, senza indugio, i provvedimenti organizzativi più idonei per assicurare le prestazioni e i trattamenti previsti dalla presente legge”: in sostanza, sembrerebbe attribuirsi alla direzione dell’Azienda sanitaria anche il potere di costringere, se necessario, qualche medico ad operare comunque, pur di rispondere alla richiesta di suicidio assistito, previsione foriera di non pochi problemi non ultimo proprio in relazione alla sentenza costituzionale cui la normativa regionale dovrebbe dare seguito, atteso che in essa è espressamente esclusa la configurabilità di un obbligo in tal senso a carico dei medici, come si dirà oltre.

Infine, l’articolato normativo si chiude con la previsione della gratuità della prestazione e dei trattamenti ivi previsti, anche se in definitiva non si chiarisce in alcun modo di quali prestazioni e trattamenti si tratti, parlandosi genericamente di “assistenza per aiutare alla morte serena ed indolore” (art.5).

Ben più specifica sul punto la proposta di legge marchigiana n. 129 recante *Procedure e tempi per l’assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale*, che “si pone l’obiettivo di definire il rispetto e la diretta applicazione, relativamente a procedure e tempi, della sentenza della Corte costituzionale” e “mira a definire i ruoli, i tempi e le procedure delineate dalla Corte costituzionale” stessa<sup>7</sup>. In base all’art. 1, rubricato “Assistenza sanitaria in ogni fase del percorso di suicidio medicalmente assistito su richiesta della persona malata”, le strutture sanitarie pubbliche della Regione Marche assicurano l’assistenza alle persone *malate* (genericamente malate!) che facciano richiesta di verifica delle proprie condizioni e delle modalità di “esecuzione” *tramite autosomministrazione del farmaco letale per l’accesso al suicidio medicalmente assistito come previsto dalla sentenza costituzionale n. 242 del 2019* (corsivi della scrivente; in realtà, come si vedrà, di assistenza all’autosomministrazione del farmaco non parla affatto la sentenza Antoniani-Cappato, per cui in questa parte anche la proposta di legge marchigiana introduce essa stessa una nuova prestazione a carico delle strutture sanitarie pubbliche regionali).

Si prevede, inoltre, che le aziende sanitarie istituiscano una “Commissione medica multidisciplinare permanente dedicata ad effettuare le verifiche previste dall’art. 2 della presente legge, anche ai sensi della sentenza n. 242/2019”, cioè le verifiche delle condizioni di accesso alla assistenza *de qua*, che ricalcano pedissequamente le statuizioni del Giudice delle leggi<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Passaggi della relazione di accompagnamento al testo della proposta.

<sup>8</sup> Articolo 2 *Condizioni d’accesso all’assistenza*: “L’assistenza sanitaria di cui all’articolo 1, consistente in prestazioni e trattamenti clinicamente adeguati, è assicurata a persone che ne facciano richiesta e in possesso dei seguenti e contestuali requisiti: a) il proposito di suicidio deve essersi autonomamente e liberamente formato, b) la persona deve essere tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, c) deve essere affetta da una patologia irreversibile, d) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma e) 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 ordine alla composizione di tale Commissione non si dice nulla se non che la stessa viene “integrata o modificata in considerazione delle particolari condizioni del malato” (art.1, comma 3), ma non è dato sapere di base chi debba farne parte. “Le modalità di ‘esecuzione’ devono essere verificate dalla Commissione medica multidisciplinare permanente affinché il malato, che ne faccia richiesta, possa procedere con metodica e farmaco che siano idonei a garantirgli la morte più rapida, indolore e dignitosa possibile rispetto all’alternativa del rifiuto delle cure con sedazione profonda continuativa, e ad ogni altra soluzione in concreto praticabile, previo parere del comitato etico territorialmente competente” (art.1, comma 4).

Infine, in maniera ben più esplicita della proposta di legge pugliese, si dispone che “L’azienda sanitaria regionale fornirà ogni supporto e assistenza, inclusi farmaco, macchinario e assistenza medica per la preparazione all’autosomministrazione, alla persona malata che ne faccia richiesta, previo completamento della fase delle relazioni mediche, affinché possa procedere con l’autosomministrazione del farmaco autorizzato in struttura ospedaliera, Hospice o presso il proprio domicilio”: viene quindi espressa l’opzione per non riservare la somministrazione di tali trattamenti in via esclusiva in seno alle strutture ospedaliere.

Per le verifiche sulle condizioni e sulle modalità di esecuzione di cui alla sentenza n. 242/19, si dispone (art.3) che i relativi procedimenti siano attivati su istanza inoltrata dall’interessato all’Azienda sanitaria territorialmente competente e che la Commissione medica multidisciplinare permanente, di cui all’art. 1, debba procedere entro dieci giorni dal ricevimento dell’istanza della persona interessata, mentre il Comitato etico ha cinque giorni di tempo dal ricevimento delle relazioni mediche redatte dalla Azienda sanitaria relative all’esito delle verifiche effettuate, per rendere il suo parere.

A questo punto, la Commissione medica multidisciplinare permanente deve trasmettere *immediatamente* la relazione finale, completa del parere del Comitato etico, all’interessato.

Qualora la verifica delle condizioni dia esito positivo, l’accesso alle prestazioni e ai trattamenti di autosomministrazione devono essere erogate nel termine massimo di sette giorni dalla richiesta effettuata dalla persona malata. Anche in questo caso non si chiarisce la natura dei suddetti termini (ordinatorio o perentorio). Resta ferma la possibilità che l’interessato chieda, in ogni momento, il rinvio o l’annullamento dell’erogazione del trattamento di autosomministrazione.

Viene, quindi, anche qui prevista la gratuità della prestazione di verifica ed assistenza ai trattamenti di autosomministrazione (art.4) e la legge si chiude con la *Clausola di invarianza* (art.5), attestando che la proposta di legge in oggetto non comporterebbe variazioni in aumento o in diminuzione a carico del bilancio regionale, “perché ai relativi costi si provvede nell’ambito della dotazione per le prestazioni e servizi garantiti con fondo sanitario regionale”. Il punto, come si dirà, è che si dubita che tale prestazione sia stata ‘introdotta’ tra quelle ‘garantite’ a mezzo del pronunciamento della Corte costituzionale ed anche che possa essere validamente prevista dai singoli legislatori regionali.

### 3. Sulla possibilità di ritenere la sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 come ‘fondante’ l’intervento dei legislatori regionali

La prima questione su cui occorre soffermare l’attenzione riguarda l’assunto – esplicitato nelle relazioni illustrative di entrambe le proposte di legge su ricordate, oltre che nel titolo dello schema di progetto di legge predisposto dalla Associazione Coscioni e fatto proprio dai proponenti marchigiani – secondo cui i suddetti atti di iniziativa si porrebbero in attuazione della sentenza n. 242/2019.

È appena il caso di ricordare che con la decisione in due tempi<sup>9</sup> del caso “Antoniani/Cappato”<sup>10</sup>, la Corte costituzionale ha individuato alcune aree di non punibilità delle condotte di aiuto al suicidio, dichiarando l’illegittimità costituzionale dell’art. 580 del codice penale, “nella parte in cui non esclude la punibilità di chi - con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della L. n. 219 del 2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”<sup>11</sup> - 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<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Così R. ROMBOLI, *Il nuovo tipo di decisione in due tempi ed il superamento delle «rime obbligate»: la Corte costituzionale non terza, ma unica camera dei diritti fondamentali?* in *Foro italiano*, I, 2020.

<sup>10</sup> Il caso Cappato era stato portato alla cognizione del giudice costituzionale attraverso l’ordinanza della Corte di assise di Milano del 14 febbraio 2018, che sollevava dubbi di legittimità costituzionale in relazione all’art. 580 c.p., che punisce l’istigazione e l’aiuto al suicidio, per contrasto con gli artt. 2, 13, c.1 e 117 (in relazione agli artt.2 e 8 della CEDU). La Corte ha adottato prima l’ordinanza n. 207/2018 e poi la sentenza n. 242/2019 che chiude il caso. Si tratta di una delle vicende più commentate per cui risulta davvero impossibile richiamare tutta la bibliografia al riguardo; *ex plurimis*, si vedano G. D’ALESSANDRO, O. DI GIOVINE (a cura di), *La Corte costituzionale e il fine vita. Un confronto interdisciplinare sul caso Cappato-Antoniani*, Torino, 2020.

<sup>11</sup> La legge n. 219/2017 - frutto di un laborioso percorso, che ha consentito di trovare un punto di incontro tra plurime posizioni divergenti - permette di sospendere i trattamenti che – nel dialogo tra operatori sanitari, malato e (per quanto possibile) familiari – sono ritenuti sproporzionati. Essa disciplina anche, in previsione di una “futura incapacità di determinarsi”, l’espressione anticipata del proprio giudizio e la nomina di un fiduciario. Inoltre, promuove le cure palliative e il trattamento del dolore. *Ex plurimis*, G. BALDINI, *La legge 219/17 tra molte luci e qualche ombra*, in *Diritti fondamentali*, 1/2019, 5 febbraio 2019; M. RODOLFI, C. CASONATO, S. PENASA, *Consenso informato e DAT: tutte le novità*, Milano, 2018; S. PENASA, *La disciplina delle dichiarazioni anticipate di trattamento nella legge 219/2017: spunti dal diritto comparato*, in *Diritto e Salute*, 2018, 224 ss.

<sup>12</sup> I Comitati etici territorialmente competenti sono organismi di consultazione per la sperimentazione clinica e farmacologica (cfr. art. 12 comma 10 del d.l. 13 settembre 2012, n. 158; l. n. 189/2012 recante conversione in legge, con modificazioni, del d.l. n. 158/2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), la cui competenza è stata poi estesa anche alle questioni etiche relative alle attività scientifiche ed assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona (cfr. art. 1 del d.m. del Ministro della salute dell’8 febbraio 2013, recante i “Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici”), nonché anche al cosiddetto uso compassionevole di medicinali nei confronti di pazienti affetti da patologie per le quali non siano disponibili valide alternative terapeutiche (artt. 1 e 4 del decreto del Ministro della salute 7 settembre 2017, recante “Disciplina dell’uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica”; si veda anche la legge delega n. 3 del 2018 recante *Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché*

Come autorevolmente rilevato, siamo di fronte ad “una vera e propria legislazione rivestita delle candide forme della sentenza”<sup>13</sup> con cui il giudice costituzionale sottrae una ‘circoscritta area’ dell’aiuto al suicidio (il c.d. ‘suicidio medicalmente assistito’) all’incriminazione ai sensi dell’art. 580 cod. pen., dettandone una prima disciplina regolatoria<sup>14</sup>.

La ‘sentenza-legge’<sup>15</sup> - già preceduta dalla ‘ordinanza-legge’ o meglio ‘ordinanza-legge delega’ del 2018<sup>16</sup> - reca una duplice ‘delega’: la prima al legislatore al quale la Corte si rivolge per l’ennesima volta anche in chiusura della sentenza del 2019 formulando “con vigore l’auspicio che la materia formi oggetto di sollecita e compiuta disciplina” da parte del medesimo, “conformemente ai principi precedentemente enunciati”<sup>17</sup>; la seconda delega è agli operatori sanitari, cui competono - nei limiti di cui in sentenza - verifiche di assoluto rilievo ed il cui ruolo dovrà essere oggetto di attenzione e circondato da adeguate garanzie da parte del legislatore medesimo.

Nelle more della ‘attuazione’ di tale duplice delega ha pieno vigore la disciplina ‘sussidiariamente’ prodotta dal giudice costituzionale<sup>18</sup>.

Ebbene, nell’attuazione di tale delega e nella vigenza della ‘disciplina sussidiaria’ sussistono spazi di intervento per i legislatori regionali?

Non ne dubitano i promotori dei predetti atti di iniziativa legislativa regionale: nella relazione di accompagnamento della proposta di legge pugliese si afferma che essa risponderrebbe al dettato della sentenza n. 242/2019, indicata come il “fondamento giuridico, anche con riferimento a tutte le questioni d’attribuzione della competenza a legiferare in sede regionale” della proposta di legge medesima “ovviamente, nell’attesa di una norma statale in grado d’introdurre una normativa eventualmente innovativa”.

Anche nella relazione che accompagna il progetto di legge marchigiano si parte dalla considerazione che una volta individuate da parte del giudice costituzionale “determinate condizioni di accesso alla morte medicalmente assistita nonché un percorso

---

*disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute, con la quale si intende fornire il necessario coordinamento con il regolamento dell’Unione Europea n. 536 del 2014 del Parlamento europeo e del Consiglio sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano).*

<sup>13</sup> Così 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>14</sup> C. TRIPODINA, *La “circoscritta area” di non punibilità dell’aiuto al suicidio. Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, in *Giur. it.*, n.2/2019, che la definisce “una sentenza additiva di regola”.

<sup>15</sup> Così A. RUGGERI, *La disciplina del suicidio assistito è “legge” (o, meglio, “sentenza-legge”), frutto di libera invenzione della Consulta (a margine di Corte cost. n. 242 del 2019)*, in *Quaderni di diritto e politica ecclesiasitca*, 3/2019, 633.

<sup>16</sup> Di “ordinanza-delega, con tanto di indicazione di oggetto, principi e criteri direttivi, termine” parla C. TRIPODINA, *Sostiene la Corte che morire all’istante con l’aiuto d’altri sia, per alcuni, un diritto costituzionale. Di alcune perplessità sull’ord. 207/2018*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 6/2018, 2476 ss.; ID. *La “circoscritta area” di non punibilità dell’aiuto al suicidio Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, in *Corti supreme e salute*, 2/2019, 10; cfr. anche F. GIRELLI, *L’“ordinanza Cappato” e il fattore tempo nella giustizia costituzionale*, in *Consulta OnLine*, 2/2022, 466 ss.

<sup>17</sup> Corte cost. sent. n. 242/2019, § 9. Osserva A. RUGGERI, *Venuto alla luce alla Consulta l’irrocervo costituzionale (a margine dell’ordinanza n. 207 del 2018 sul caso Cappato)*, in *Consulta Online*, 2/2018, 573, che comunque “nessuno può obbligare manu militari il legislatore ad un facere, laddove a ciò non intenda piegarsi”.

<sup>18</sup> A. RUGGERI, *Rimosso senza indugio il limite della discrezionalità del legislatore*, cit.

di verifica, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, di queste condizioni e delle modalità per assumere un farmaco efficace ad assicurare la morte più rapida, indolore e dignitosa possibile”, spetterebbe alle Regioni, nell’ambito delle proprie competenze legislative “definire i ruoli, i tempi e le procedure delineate dalla Corte costituzionale attraverso una sentenza immediatamente esecutiva, ferma restando l’esigenza di una legge nazionale che abbatta le discriminazioni tra malati oggi in atto”.

Il primo punto da chiarire e verificare è, dunque, se davvero la sentenza n. 242/2019 possa essere invocata come fonte di un ‘potere’ o addirittura di un ‘dovere’ dei legislatori regionali di intervenire sulla materia *de qua*, soprattutto in assenza di un previo intervento del Parlamento, sulla cui necessità nessuno dubita, nemmeno tra i proponenti di tali atti di iniziativa regionale.

Certamente una indicazione in tal senso non sembra potersi evincere dal disposto del giudice costituzionale, il quale ha sempre e solo invocato, già nella ordinanza n. 207/2018, l’intervento delle Camere, indispensabile per far luogo ai “delicati bilanciamenti richiesti dal caso” (§10 cons. in dir.)<sup>19</sup>, chiedendo al legislatore di prevedere “le modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l’aiuto”; “la disciplina del relativo ‘processo medicalizzato’”; “l’eventuale riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al servizio sanitario nazionale”; “la possibilità di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura”; il “coinvolgimento in un percorso di cure palliative” come “pre-requisito della scelta” del paziente che voglia concludere anticipatamente l’esistenza; da ultimo, la necessità di “una disciplina *ad hoc* per le vicende pregresse (come quella oggetto di giudizio)”, che altrimenti non potrebbero beneficiare della non punibilità<sup>20</sup>.

Ed anche nella sentenza del 2019, in cui la Consulta ha individuato direttamente le condizioni di non punibilità del suicidio medicalmente assistito, ripetutamente ricorrono frasi che rimandano al necessario intervento del Parlamento, per cui non sembra revocabile in dubbio che sia il legislatore nazionale il suo interlocutore<sup>21</sup>.

#### **4. Sulla presunta introduzione, a mezzo della sentenza n. 242/2019, di una nuova prestazione assistenziale a carico del Servizio Sanitario Nazionale**

---

<sup>19</sup> Salvo poi adottare la sentenza n. 242/2019 con cui il giudice delle leggi ha inviato il messaggio secondo cui “laddove una disciplina normativa giudicata costituzionalmente necessaria non dovesse venire alla luce per mano del legislatore, sarà il giudice costituzionale a farsene carico, senza limite di sorta” Così 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>20</sup> Corte cost., ord. n. 207/2018, § 10 Considerato in diritto; sul punto cfr. C. TRIPODINA, *Sostiene la Corte che morire all’istante con l’aiuto d’altri sia, per alcuni, un diritto costituzionale. Di alcune perplessità sull’ord. 207/2018, in Giurisprudenza costituzionale, 6/2018.*

<sup>21</sup> “La Corte costituzionale, dunque, considerate le scelte che «anzitutto il legislatore è abilitato a compiere» per via dell’«incrocio di valori di primario rilievo» coinvolti nella questione in esame, con «spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale» decide (questa volta, sì, è il caso di dirlo) di «lasciare al Parlamento ogni opportuna riflessione e iniziativa», ovvero sia di lasciare al Parlamento il tempo di provvedere”: così F. GIRELLI, *L’ “ordinanza Cappato” e il fattore tempo nella giustizia costituzionale, in Consulta OnLine, 2/2022, 575.*



L’attivismo dei promotori delle suddette leggi regionali ha trovato certamente impulso in una discutibile iniziativa ministeriale. Il riferimento è alla nota di novembre 2021 diffusa dal Capo di Gabinetto del Ministero della Salute e rivolta alla Conferenza Stato Regioni, in cui si dà atto che alla luce della citata sentenza sussisterebbe una responsabilità del SSN a dare concreta attuazione a quanto statuito dalla Corte costituzionale, nelle more dell’intervento del Legislatore auspicato dalla Corte stessa. 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, si pone la necessità che le strutture regionali si adoperino affinché ai soggetti che versano in situazioni caratterizzate da patologie irreversibili e sofferenze intollerabili sia data la possibilità di accedere, nel pieno rispetto di quanto sancito dalla Corte costituzionale, a procedure di suicidio medicalmente assistito sul territorio regionale.

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 assistito (termine scaduto il 10 gennaio 2022 ed è di difficile ricognizione quanto accaduto nei vari contesti regionali dove c’è una situazione fortemente disomogenea sul punto)<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Ed invero, in relazione a tali organi, si dubita della loro reale idoneità a ricoprire il nuovo ruolo ad essi assegnato dal Giudice delle leggi, innanzitutto, proprio perché il quadro relativo alla effettiva esistenza su tutto il territorio italiano dei Comitati etici appare frammentato ed incerto, sicché, per quanto alcune Regioni (Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Provincia autonoma di Bolzano in testa), abbiano effettivamente istituito in tempi recenti dei comitati di etica clinica con funzioni e competenze che potrebbero assolvere a quanto disposto dalla sentenza della Corte costituzionale, la loro presenza sul territorio nazionale è troppo discontinua per garantire l’effettività dei compiti loro affidati. Dubbi anche in relazione alla loro composizione “mista” (art. 2, comma 5, d.m. 8 febbraio 2013), forse non del tutto adatta ad esaminare requisiti prevalentemente di natura clinico-medica, ma anche in relazione alla sostanziale autonomia di cui godrebbero, in assenza di criteri uniformi cui ispirarsi nell’adozione delle soluzioni, che potrebbero essere tra loro molto diverse anche a fronte di casi analoghi (C. CUPELLI, *Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a se stessa*, cit., 50), con il rischio di approcci difformi tra i diversi comitati territorialmente competenti, i quali, pur formalmente indipendenti, potrebbero subire condizionamenti dagli indirizzi politici regionali, agendo in conformità a questi ultimi (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*, 1/2020, spec. 13-14). Peraltro, è stato anche evidenziato come la Corte, nel prevedere il suddetto requisito non ha tenuto conto che i comitati etici regionali – a oggi esistenti e che dovrebbero essere investiti di queste funzioni – si occupano prevalentemente di sperimentazioni mediche e, spesso, si trovano ad avere un carico di lavoro che rende impossibile dedicare tempo alla consulenza di singoli casi clinici (Condizioni note da tempo, come sottolineano F. PARRUZZO, M. CHIARLO, *Dj Fabo e la legittimità costituzionale dell’aiuto al suicidio*, in *Questione Giustizia*, 20 dicembre 2019, che richiamano ben due pareri del Comitato nazionale di bioetica, uno del 13 luglio 2001, l’altro del 31 marzo 2017 che ponevano la questione).

Per tutte queste ragioni si profila il rischio che questo secondo requisito richiesto dalla Consulta possa compromettere l’effettiva attivazione e soddisfazione di richieste di aiuto al suicidio nelle condizioni riconosciute dalla Corte “(o meglio per l’effettiva possibilità che le condotte che danno seguito alle volontà del paziente vengano realmente poste in essere e, di conseguenza, considerate non punibili), trasformando “la procedura in qualcosa di troppo lungo e complesso per malati che stanno soffrendo e che si trovano in condizioni irreversibili” (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*, 1/2020, 299).

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 (integrazione possibile sulla scorta del decreto del Ministero della Salute 8 febbraio 2013 che prevede che i comitati etici “nei casi di valutazioni inerenti ad aree non coperte da propri componenti” possono convocare, per specifiche consulenze, esperti esterni).

Ci si chiede se al fine di garantire “l'omogeneità nell'applicazione della sentenza ed a superare l'attuale situazione di incertezza in cui versano strutture ed operatori del SSN”, nonché assicurare l'uniforme composizione dei Comitati etici ovunque operanti sul territorio nazionale<sup>23</sup>, non sarebbe stato più opportuno perseguire la strada della

---

<sup>23</sup> Al riguardo, è appena il caso di ricordare che attualmente a livello nazionale è in corso la riorganizzazione dei Comitati etici territoriali. Ai fini dell'attuazione del Regolamento europeo 536/2014 sulle sperimentazioni cliniche dei medicinali per uso umano che apre una nuova era per la conduzione delle sperimentazioni cliniche in Europa e per la loro revisione da parte dei Comitati Etici (CE), è stata adottata la Legge n. 3 del 2018 che stabilisce il limite di 40 CE territoriali su tutto il Paese e di 3 CE con valenza nazionale, di cui uno dedicato alle sperimentazioni pediatriche, e prevede l'istituzione di un Centro Nazionale di Coordinamento dei Comitati Etici presso l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) con funzioni di coordinamento, indirizzo e monitoraggio dell'attività dei CE. La Direzione centrale Salute partecipa ai tavoli di discussione per la revisione del decreto del Ministero della salute per “l'individuazione dei comitati etici territoriali ai sensi dell'articolo 2, comma 7, della legge 11 gennaio 2018, n. 3”. La funzione di tale decreto è dunque quella di *ridisegnare la nuova rete dei comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali, in linea con la citata normativa europea e nel necessario adempimento degli obblighi comunitari*. Accanto a questo fondamentale e delicato intervento, lo schema di decreto in discorso attribuisce ai medesimi comitati anche il compito di rilasciare, nelle more dell'intervento del legislatore, i pareri previsti dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019, in relazione ai casi riguardanti le richieste di suicidio medicalmente assistito (art.2 schema di decreto). Sulla bozza del decreto di riordino trasmessa dal Governo il 31 gennaio 2022, le Regioni hanno presentato le loro osservazioni e molte contestazioni atenevano proprio le funzioni consultive in materia di suicidio medicalmente assistito previste dalla Consulta. All'esito della riunione in sede tecnica del 15 febbraio 2022, il Ministro della salute ha recepito gran parte delle proposte delle Regioni sul predetto schema di decreto, la cui nuova versione, previo assenso tecnico, deve formare oggetto di ‘intesa’ ai sensi dell'art.2, comma 7, legge n. 3/2018, da iscriverne nella prima seduta utile della Conferenza Stato-regioni. Ai nuovi 40 comitati etici territoriali individuati nel predetto schema di decreto si attribuiscono le competenze in materia di valutazione delle sperimentazioni cliniche, ivi compresa la valutazione degli aspetti relativi ai protocolli di studio, nonché tutte le competenze già svolte dai comitati etici esistenti alla data di entrata in vigore del predetto decreto. Alle Regioni, cui compete la nomina dei componenti dei suddetti CET, è riservata la facoltà di mantenere operativi i comitati esistenti nei rispettivi territori di competenza, ma non individuati tra i 40 del citato schema di decreto, che in tal caso potrebbero continuare ad operare esclusivamente per funzioni diverse dalla valutazione delle sperimentazioni cliniche e da quelle in materia di suicidio medicalmente assistito. Quando i comitati etici territoriali sono chiamati a svolgere funzioni consultive in materia di suicidio medicalmente assistito è prevista una integrazione della loro composizione con almeno un medico anestesista rianimatore, un palliativista, un neurologo, uno psicologo ed un rappresentante delle professioni infermieristiche, salvo che tali professionalità siano già presenti (si rileva, peraltro, la non completa coincidenza delle integrazioni previste nella bozza di decreto con quelle previste dalla proposta di legge pugliese di cui sopra). Ferma restando l'autonomia operativa e decisionale dei CET, viene attribuita una funzione di coordinamento e indirizzo anche in tale ultima materia al Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali (CCNCE), la cui composizione è integrata con le medesime professionalità richieste quando i CET sono chiamati a svolgere le funzioni consultive in materia di suicidio medicalmente assistito.

presentazione di un disegno di legge governativo alle Camere, finalizzato esso sì a dare seguito al disposto del Giudice delle Leggi (magari costituendo, nelle more di tale intervento legislativo, presso lo stesso Ministero della Salute un organo multidisciplinare chiamato a vagliare le richieste di suicidio assistito eventualmente pervenute prima della decisione del Parlamento), piuttosto che affidare quella funzione ad un atto ministeriale dalla incerta efficacia e durata (si pensi alla di là a poco avvenuta caduta del governo).

Ma ciò che lascia ancora più perplessi è la convinzione sottesa a tale nota ed ancora più chiaramente alla successiva lettera di giugno 2022 inviata dal Ministro Speranza a tutti i Presidenti di Regione secondo cui “è da garantire che siano a carico del SSN le spese mediche necessarie per consentire al termine della procedura di verifica affidata alle strutture del SSN il ricorso al suicidio medicalmente assistito ai pazienti che ne facciano richiesta”, non potendo i costi del suicidio medicalmente assistito “ricadere sul paziente che seguendo l’iter indicato dalla Corte costituzionale, si sia rivolto al SSN”.

Insomma, per l’ex Ministro della Salute in capo alle strutture del SSN il Giudice delle leggi avrebbe posto un vero e proprio obbligo di fornire la ‘prestazione’ del suicidio medicalmente assistito, assumendone i relativi costi.

Tale iniziativa ha certamente contribuito alla corsa in avanti di alcune regioni, in testa appunto Marche e Puglia, nel tentare la strada della legge regionale: come già rilevato, in entrambe le proposte di legge, infatti, l’intervento legislativo trova giustificazione alla luce del fatto che la sentenza del 2019 avrebbe introdotto una nuova prestazione assistenziale, l’assistenza medica al suicidio, a carico del SSN<sup>24</sup>.

L’assunto del Ministero e dei promotori degli atti di iniziativa regionale in esame non appare, tuttavia, condivisibile.

Ed, invero, la sentenza n. 242/2019 – il cui iter argomentativo sembra, in realtà, correggere il tiro rispetto all’ordinanza del 2018<sup>25</sup> - non riconosce un diritto ‘a darsi la morte’<sup>26</sup>, né un diritto a ricevere assistenza al suicidio, nè fonda in capo al Sistema

---

<sup>24</sup> In quella pugliese si legge “emerge l’obbligo per le strutture sanitarie italiane, la cui gestione avviene com’è noto a livello regionale, di fornire il livello di assistenza riveniente dall’applicazione di norme statali, così come derivate da un giudizio di costituzionalità con cui è stata ampliata la sfera di non punibilità di una condotta (art. 580 Codice penale) e perciò aggiungendo una ‘nuova prestazione’ assistenziale a carico del servizio sanitario nazionale”. Nella proposta di legge marchigiana si richiamano le citate note del Ministero della salute a supporto della tesi dell’esistenza in capo al SSN di un obbligo di prestazione di aiuto al suicidio medicalmente assistito.

<sup>25</sup> C. TRIPODINA, *La “circoscritta area” di non punibilità dell’aiuto al suicidio. Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, in *Giurisprudenza italiana*, 2/2019.

<sup>26</sup> La scelta degli estensori del codice penale del 1930 di non incriminare il suicidio o il tentato suicidio consente di configurare l’esistenza di una libertà di darsi la morte ...ma libertà di darsi la morte non è anche diritto di suicidarsi (A. MORRONE, *Il caso Cappato di fronte alla Corte costituzionale. Riflessioni di un costituzionalista*, in A. MORRONE (a cura di), *Il “Caso Cappato” davanti alla Corte costituzionale, Forum di Quaderni costituzionali*, 12 ottobre 2018). La libertà è una posizione di liceità giuridica non sorretta da corrispondenti pretese di non impedimento, né accompagnata da pretese di realizzazione (così R.E. OMODEI, *L’istigazione e aiuto al suicidio tra utilitarismo e paternalismo: una visione costituzionalmente orientata dell’art. 580 c.p.*, in *Diritto penale contemporaneo*, 10/2017, 135, che propende per qualificare l’atto lesionista alla stregua di una mera libertà come sopra intesa). Diversamente, l’esistenza di un diritto implica anche l’esistenza di un dovere.

Sanitario Nazionale un obbligo di prestazione volto ad "organizzare procedure sistematiche finalizzate a procurare la morte con farmaci letali"<sup>27</sup>.

Perché possa parlarsi di diritto al suicidio, dovrebbe sussistere un obbligo, gravante su altri, di agevolare il proposito suicida o quantomeno di non ostacolarlo<sup>28</sup>.

Nell'ordinamento italiano, invece, esiste il divieto di aiuto al suicidio (art. 580) ed anche il dovere di impedire l'altrui suicidio ove ricorrano i presupposti dell'omissione di soccorso (art. 593 c.p.), un divieto ed un dovere la cui esistenza "impedisce, oggi, di parlare di diritto al suicidio, consentendo invece di parlare di mera libertà, non sorretta né da pretese di non-impedimento, né da pretese di realizzazione"<sup>29</sup>.

Né la Corte costituzionale ha scardinato tale assetto: essa, invero, ha ribadito che "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"<sup>30</sup> ed ha riaffermato la perdurante compatibilità costituzionale dell'incriminazione dell'aiuto al suicidio, salvo che nella peculiare ipotesi in cui a chiedere aiuto a morire sia "una persona a) affetta da una patologia irreversibile e b) fonte di sofferenze fisiche e psicologiche, che trovi 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" (aiuto al suicidio 'medicalmente assistito'). A coloro che si trovino in tali circoscritte situazioni la sentenza n. 242/2019 riconosce non già un 'diritto al suicidio'<sup>31</sup>, bensì la facoltà di 'richiedere' aiuto per compierlo, di essere aiutati a morire, a certe condizioni, anche mediante un intervento diretto a provocare la morte e non soltanto attraverso il riconoscimento del rifiuto o della rinuncia alle cure<sup>32</sup>, senza che l'agevolatore possa essere incriminato.

In nessun caso è configurabile, a carico di alcuno, il dovere di rispondere positivamente a quelle 'richieste', un'obbligazione di prestare assistenza al suicidio di un'altra persona.

---

<sup>27</sup> G. RAZZANO, *La proposta di legge sulle «Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita»: una valutazione nella prospettiva costituzionale anche alla luce della sent. n. 50/2022*, in *Federalismi.it*, 9/2022.

<sup>28</sup> Un diritto "non è efficace di per sé, ma solo attraverso l'obbligo cui corrisponde; l'adempimento effettivo di un diritto non proviene da chi lo possiede, bensì dagli altri uomini che si riconoscono, nei suoi confronti, obbligati a qualcosa": S. WEIL, *La prima radice*, 1943, Roma-Ivrea, 2017, 9.

<sup>29</sup> Così C. TRIPODINA, *Non possedere più le chiavi della propria prigione. Aiuto al suicidio e Costituzione tra libertà, diritti e doveri*, in *Biodiritto*, 24 settembre 2019, 2.

<sup>30</sup> § 2.2. del Considerato in diritto, che prosegue così "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*)".

<sup>31</sup> "Opportunamente, ma anche ambigualmente – la Corte non dice mai la parola "diritto". Usa la parola "libertà". Che rievoca la libertà di suicidarsi - l'ultima libertà, estrema e di fatto -, ora estesa anche al suicidio medicalmente assistito. "Non dice" opportunamente, perché come non esiste il "diritto di suicidarsi", non esiste neppure il diritto, meno che mai costituzionale, di essere aiutato a suicidarsi, con il corredo di doveri che ne dovrebbe conseguire. Ma anche "non dice" ambigualmente, perché in realtà tale diritto pare sotteso a tutto il ragionamento che la Corte sviluppa nel corso della sentenza": così C. TRIPODINA, *La "circoscritta area" di non punibilità dell'aiuto al suicidio*, cit., 8.

<sup>32</sup> A. D'ALOIA, *Dopo le decisioni della Corte costituzionale sul suicidio medicalmente assistito*, in *Scritti in onore di Pietro Ciarlo*, II, Napoli, 2022, 988-989.

Quel che viene in considerazione, infatti, è “la non punibilità (quale ne sia la qualificazione penalistica), dati certi presupposti, di un aiuto prestato al suicidio, non l’attribuzione ai medici, o a chiunque altro, del dovere di attivarsi per rendere praticabile un suicidio (cioè un’anticipazione non naturale del momento della morte). Di un simile dovere, o della esigibilità di un aiuto, nella pronuncia della Corte costituzionale non c’è traccia: né con riguardo ai medici, né con riguardo alle istituzioni sanitarie, né con riguardo a chiunque rivesta una posizione giuridica rilevante nel rapporto con il malato. Il dovere su cui insiste la Corte costituzionale, semmai, concerne la garanzia, anche in rapporto alla materia cui si riferisce la sua pronuncia, delle cure palliative”<sup>33</sup>.

La Corte ha ritenuto “estensibile” alla situazione peculiare dell’aiuto al suicidio la “procedura medicalizzata” degli artt. 1 e 2 della l. n. 219/2017 e così riserva alle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale “la verifica delle condizioni che rendono legittimo l’aiuto al suicidio”, e la verifica delle “relative modalità di esecuzione”, che dovranno essere “tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze”; richiede inoltre l’intervento di un organo collegiale terzo, che “possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità”, e che, nelle more dell’intervento del legislatore, la Corte individua nei comitati etici territorialmente competenti. Quanto, infine, al tema dell’obiezione di coscienza del personale sanitario, la Corte statuisce che “resta affidato [...] alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato”, dal momento che “la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell’aiuto al suicidio nei casi considerati, *senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici*”<sup>34</sup>.

Né, alla luce del tenore della sentenza stessa, appare sostenibile la tesi per cui il singolo medico è libero di non prestare aiuto al suicidio, mentre le strutture pubbliche del servizio sanitario sarebbero tenute comunque a garantire il suicidio medicalmente assistito<sup>35</sup>: “in capo ad esse la Corte pone solo oneri di *verifica* delle condizioni del paziente e delle modalità di esecuzione dell’aiuto al suicidio, non anche di *esecuzione*”<sup>36</sup>.

Le integrazioni normative introdotte dal Giudice costituzionale lungi dal fondare obblighi di prestazione a carico di alcuno hanno il solo effetto di escludere la punibilità, a determinate condizioni, di azioni di aiuto al suicidio e devono essere direttamente applicate dal giudice nell’eventuale procedimento penale per il reato di aiuto/agevolazione materiale al suicidio (art. 580 del cod. pen.) per poter riconoscere, al suo autore, la causa di non punibilità prevista dalla sentenza. In questo senso si sono pronunciati anche alcuni giudici di merito poco dopo la sentenza n. 242/2019<sup>37</sup>.

---

<sup>33</sup> Così L. EUSEBI, *Il suicidio assistito dopo Corte cost. n. 242/2019. A prima lettura*, in *Corti supreme e salute*, 2/2019, 194.

<sup>34</sup> Corte cost., sent. 242/2019, § 5 e 6 Considerato in diritto. Corsivo di chi scrive.

<sup>35</sup> Il ‘non obbligo’ del medico a cooperare al suicidio assistito è stato da più parti valorizzato come indicazione che “allo Stato – attraverso il servizio sanitario nazionale – spetti solo un compito di garanzia sulla corretta applicazione del diritto oggettivo riscritto dalla sentenza”: così S. PRISCO, *La dignità nel dibattito biogiuridico e biopolitico. Linee ricostruttive*, in *BioLaw Journal*, Special Issue, 2/2019, 80.

<sup>36</sup> C. TRIPODINA, *La “circoscritta area” di non punibilità dell’aiuto al suicidio*, cit., 14.

<sup>37</sup> Ad esempio, quelle sul caso di Mario (nome di fantasia) che si era rivolto al Tribunale di Ancona affinché venisse ordinato all’azienda sanitaria di prescrivergli, all’esito degli accertamenti previsti, il

Con la sentenza n. 242/2019 la Corte costituzionale ha previsto una scriminante<sup>38</sup> sporadica ed ha introdotto anche una procedura, una sequenza di operazioni destinate ad uno scopo, attribuendo all'Amministrazione sanitaria la competenza all'accertamento delle condizioni in presenza delle quali opera la scriminante verso il terzo agevolatore, "non sussistendo, invece, in capo alla medesima veri e propri obblighi in relazione all'ultimo segmento dell'assistenza al suicidio, l'atto autonomo terminale che parrebbe, poi, destinato a dispiegarsi in una sorta di 'spazio libero' dal diritto"<sup>39</sup>.

Certo il fatto che, anche all'esito dell'intervento della Corte costituzionale, l'aiuto al suicidio medicalmente assistito non possa configurarsi come diritto costituzionale, non esclude che possa diventarlo all'esito di una scelta del Parlamento<sup>40</sup>, direzione in cui sembra muoversi il testo unificato di più progetti di legge in materia di morte medicalmente assistita approvato dalla Camera a marzo 2022, in cui si ammette il diritto

---

farmaco idoneo a indurre la morte. Il Tribunale, in prima istanza, ha affermato che non sussistono "motivi per ritenere che, individuando le ipotesi in cui l'aiuto al suicidio può oggi ritenersi penalmente lecito, la Corte [costituzionale] abbia fondato anche il diritto del paziente, ove ricorrano tali ipotesi, ad ottenere la collaborazione dei sanitari nell'attuare la sua decisione di porre fine alla propria esistenza" (Trib. di Ancona, ord. n. 26 marzo 2021); in sede di reclamo - avendo il reclamante circoscritto l'oggetto del giudizio, non invocando più un generico diritto al suicidio, ma uno specifico diritto all'accertamento dei presupposti individuati dalla Corte - il Tribunale ha, quindi, riconosciuto "il diritto di pretendere" dall'azienda sanitaria l'accertamento delle condizioni indicate dalla Consulta, previa acquisizione del parere del Comitato etico, ordinando di conseguenza di provvedere in tal senso (Trib. di Ancona, ord. n. 9 giugno 2021). In tema, v. anche N. ROSSI, *I giudici di Ancona sul fine vita nel caso "Mario". Solo una postilla*, in *Questione Giustizia*, 24 novembre 2021. Nello stesso senso la vicenda di Fabio Ridolfi, da diciotto anni immobilizzato a letto per una patologia irreversibile, al quale è stata parimenti riconosciuta la doverosità della procedura di accertamento delle condizioni dettate dalla sentenza n. 242/2019 (Ridolfi, dopo aver richiesto il parere della struttura sanitaria per la non punibilità di un'eventuale agevolazione del suicidio, considerati i lunghi tempi di attesa per la procedura, aveva comunicato pubblicamente l'intenzione di rinunciare a tale strada, scegliendo quella della sedazione profonda. A due giorni dalla comunicazione, si è appreso dell'avvenuto accertamento dei requisiti da parte della struttura sanitaria sulla scorta del parere positivo da parte dell'organo competente. Cfr. F. CIRILLO, *La rotta è già tracciata. Quadro normativo e proposte di legge sul fine vita*, in *Osservatorio AIC*, 5/2022, 27).

<sup>38</sup> "La Corte costituzionale ha delimitato i confini della punibilità dell'aiuto al suicidio mediante la categoria dogmatica delle scriminanti procedurali" "tipologie di esimenti, elaborate dalla dottrina tedesca, individuano negli elementi connotati da un livello di proceduralizzazione costitutiva quei parametri fondamentali che dal punto di vista dogmatico consentano la giustificazione ex ante dell'evento lesivo, inteso quale esito finale di una scelta soltanto in tal modo non evitabile, e la cui adozione delinei la protezione di ulteriori beni giuridici e la prevenzione dal caos normativo" (A. GUSMAI, A. DI MAIO, *L'ordinamento "incappa" in Cappato. Alcuni rilievi a margine della sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale*, 8, che richiamano sul tema, A. SESSA, *Le giustificazioni procedurali nella teoria del reato. Profili dogmatici e di politica criminale*, Napoli 2018, 96 ss.; C. ROXIN, *Problemi fondamentali della teoria dell'illecito*, in S. MOCCIA (a cura di), *Antigiuridicità e cause di giustificazione. Problemi di teoria dell'illecito penale*, Napoli 1996, 84 ss.

<sup>39</sup> Così F. CIRILLO, *La rotta è già tracciata. Quadro normativo e proposte di legge sul fine vita*, cit., 27; cfr. anche A. NAPPI, *La Corte costituzionale ridisegna i confini dell'art. 580 c.p.: la sentenza n. 242/2019 viatico per l'equilibrata perimetrazione di uno 'spazio libero' dal biodiritto penale?*, in *Diritto e Giustizia Minorile*, 1/2019, 81; V. MANES, *È ancora suicidio?*, *Note di udienza (Corte cost., ud. 23.10.2018)*, in [www.associazionelucacoscioni.it](http://www.associazionelucacoscioni.it), 23 ottobre 2018, 9.

<sup>40</sup> Cam. dep. XVIII legislatura, proposte n. 2-1418-1586-1655-1875-1888-2982-3101-A - testo unificato; cfr. A. RUGGERI, *Oscurezza e carenze della progettazione legislativa in tema di morte medicalmente assistita (prime notazioni)*, in *Consulta OnLine*, 1/2022, 409.

alla morte assistita, sicché il soggetto che intenda avvalersene può vantare la pretesa nei riguardi del personale sanitario ad essere accompagnato nella sua realizzazione<sup>41</sup>.

Elevare a diritto l'essere aiutati al suicidio comporterebbe sì l'imposizione in capo alla Repubblica del dovere di garantirlo, solo così l'aiuto a darsi una "morte corrispondente alla propria visione di dignità nel morire" si configurerebbe come "prestazione sociosanitaria dovuta"<sup>42</sup>.

Tuttavia, allo stato attuale la situazione appare ben diversa e se si conviene su tale ricostruzione, non residuano margini di condivisione né dell'iniziativa assunta dal Ministro della Salute né, di conseguenza, dei tentativi regionali di disciplinare la presunta nuova prestazione di assistenza medica al suicidio a carico del SSN.

Né sembra imporsi allo stato un onere di disciplina a livello regionale della prestazione relativa alla fase di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa chiedere aiuto al suicidio, essendo tali modalità già ricavabili dalla procedura medicalizzata di cui all'art. 1, commi 4 e 5, della legge n. 219/2017<sup>43</sup>, punto di riferimento già presente nel sistema, cui la Corte espressamente ricorre, in attesa dell'intervento del Parlamento, proprio in ragione del fatto che l'intervento del giudice delle leggi è circoscritto "in modo specifico ed esclusivo all'aiuto al suicidio prestato a favore di soggetti che già potrebbero alternativamente lasciarsi morire mediante la rinuncia a trattamenti sanitari necessari alla loro sopravvivenza, ai sensi dell'art. 1, comma 5, della legge stessa"<sup>44</sup>.

---

<sup>41</sup> La proposta di cui al d.d.l. n. 2553, già approvata alla Camera reca le "Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita", tale essendo ai sensi dell'art. 2 "il decesso cagionato da un atto autonomo" con cui in esito al percorso delineato dalla legge, si pone fine alla vita "con il supporto e sotto il controllo del Servizio sanitario nazionale". G. RAZZANO, *La proposta di legge sulle «Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita»*, cit., 66 sottolinea il passaggio nel testo in esame "dall'aiuto al suicidio come reato non punibile in certi casi all'aiuto al suicidio come diritto"; analogamente A. RUGGERI, *Oscurità e carenze della progettazione legislativa in tema di morte medicalmente assistita (prime notazioni)*, in *Consulta OnLine*, 1/2022, 303) critica l'aver dato luogo "alla 'invenzione' di un diritto costituzionale alla morte assistita", spingendosi ben oltre la mera qualificazione in termini di non punibilità del comportamento dell'agevolatore cui mirava la sentenza n. 242/2019.

<sup>42</sup> C. TRIPODINA, *Non possedere più le chiavi della propria prigione*, cit., 7.

<sup>43</sup> In base ai primi due articoli di tale legge, vengono enucleate le "modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto", a partire dall'accertamento della capacità di autodeterminazione del paziente e del carattere libero e informato della scelta espressa. "Più nel dettaglio, provando a schematizzare, la richiesta di essere agevolati al suicidio da parte di una persona 'capace di agire' dovrà essere: a) espressa nelle forme previste per il consenso informato e dunque 'nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente'; b) documentata 'in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare'; c) inserita nella cartella clinica, ferma restando ovviamente 'la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà' (il che, con riguardo all'aiuto al suicidio, 'è insito nel fatto stesso che l'interessato conserva, per definizione, il dominio sull'atto finale che innesca il processo letale'; § 5). Inquadrandosi la materia nell'ambito della relazione terapeutica, il medico, dal canto suo, dovrà: i) prospettare al paziente 'le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative'; ii) promuovere 'ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica'; iii) dare conto nella cartella clinica tanto 'del carattere irreversibile della patologia', quanto delle 'sofferenze fisiche o psicologiche', dal momento che 'il promovimento delle azioni di sostegno al paziente, comprensive soprattutto delle terapie del dolore, presuppone una conoscenza accurata delle condizioni di sofferenza (§ 5): Così C. CUPELLI, *Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a se stessa*, cit., 42).

<sup>44</sup> Pertanto, i comitati etici individuati, dovranno, utilizzando quelle procedure medicalizzate di cui alla predetta legge del 2017: verificare la sussistenza di una "patologia irreversibile, di una grave sofferenza

D'altronde, la circostanza che pur in assenza di discipline *ad hoc* sul punto, quelle verifiche siano già state poste in essere ed i pareri resi in diversi casi di richiesta di aiuto al suicidio<sup>45</sup>, è ulteriore conferma della non necessarietà allo stato di un intervento normativo in tale direzione per dare seguito alla pronuncia del giudice costituzionale.

## **5. Sulla necessaria interposizione del legislatore statale**

Che, peraltro, ci si muova in un ambito che esige un previo intervento del legislatore statale si può desumere dal tipo di competenza legislativa che nelle Regioni in discorso si ritiene di esercitare attraverso tali iniziative (potestà concorrente in materia di tutela della salute), nonché dagli altri titoli competenziali chiamati in causa da una legislazione in tema di suicidio medicalmente assistito.

### **5.1. Gli ambiti competenziali interessati. La tutela della salute**

Come già ricordato, in entrambe le relazioni che accompagnano le suddette proposte di legge si dà per scontata ed assodata la competenza regionale a legiferare in materia, nel caso della proposta predisposta dall'Associazione Luca Coscioni senza però fornire alcun addentellato costituzionale in tale direzione, nel caso pugliese, invece, si "riafferma", alla luce della sentenza n. 242/1019 (che con una tecnica redazionale quantomai discutibile, viene integralmente riportata nel progetto di legge) la competenza concorrente delle regioni in materia di tutela della salute (art.117, comma 3, Cost.).

Innanzitutto, sulla possibilità di invocare il titolo 'tutela della salute' occorre svolgere alcune riflessioni.

Preliminarmente, appare utile ricordare che, in effetti, la 'salute', la 'relazione medico-paziente', le 'terapie' vengono evocate in relazione all'iuto al suicidio dallo stesso giudice costituzionale quando, già nell'ordinanza del 2018 e poi nella sentenza del 2019 richiama il parametro dell'art.32 Cost. affermando che "l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unico modo per sottrarsi, secondo le proprie scelte individuali, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare in base all'art. 32, secondo comma, Cost. Parametro, questo, non evocato nel dispositivo nell'ordinanza di rimessione, ma più volte richiamato in motivazione"<sup>46</sup>. (...) "il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce per limitare

---

fisica o psicologica, di una dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e di una capacità di prendere decisioni libere e consapevoli; attestare che "la volontà dell'interessato sia stata manifestata in modo chiaro e univoco, compatibilmente con quanto è consentito dalle sue condizioni"; in ultimo, valutare che "il paziente sia stato adeguatamente informato anche in ordine alle possibili soluzioni alternative, segnatamente con riguardo all'accesso alle cure palliative ed, eventualmente, alla sedazione profonda continua".

<sup>45</sup> Si vedano i casi richiamati nella nota 37.

<sup>46</sup> § 2.3 Considerato in diritto. Sulla possibilità di integrare i parametri indicati dal provvedimento di rimessione data l'operatività del principio di corrispondenza tra chiesto e pronunciato nella giustizia costituzionale, M. D'AMICO, *Il "fine vita" davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi*



ingiustificatamente nonché irragionevolmente la libertà di autodeterminazione<sup>47</sup> 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” (ultimo capoverso § 2.3 Considerato in diritto).

In realtà, il riferimento all’art. 32 Cost. in un ambito come quello in esame non appare affatto scontato<sup>48</sup> e molti dubbi sono stati espressi in dottrina sulla configurabilità dell’assistenza al suicidio come ‘terapia’<sup>49</sup>, come atto medico o che comunque abbia a che fare con la salute del soggetto<sup>50</sup>, il suicidio come parte della cura della salute.

In disparte tali dubbi, occorre comunque sottolineare la non perfetta coincidenza della ‘tutela della salute’, del bene salute, che l’art. 32 Cost. assegna alla Repubblica con la materia con identica denominazione annoverata nell’art. 117, comma 3 Cost. e che la lettura diacronica della giurisprudenza costituzionale sul tema lascia scorgere che nella configurazione normativa dei “diritti inerenti alla salute”<sup>51</sup> il ruolo dello Stato resta egemone anche all’esito della novella del 2001.

Ed invero, sebbene non vi sia dubbio che la riforma del Titolo V, Parte II della Costituzione abbia inteso ampliare - come riconosciuto ripetutamente dalla Consulta - l’ambito materiale delle competenze legislative regionali, sostituendo all’originaria voce

---

penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019), in *Osservatorio AIC*, 1/2020, 288 ss.

<sup>47</sup> Per un contributo di riflessione sul tema, A. GUSMAI, *Il diritto all’autodeterminazione: una libertà “perimetrata” dal sapere scientifico?*, in *Diritti fondamentali*, 1/2019, 3 marzo 2019.

<sup>48</sup> Così F. CIRILLO, *Nuovi diritti e nuovi doveri nelle questioni di fine vita? (a margine della sent. n. 242 del 2019)*, in *Osservatorio AIC*, 3/2020, 2 giugno 2020, 550.

<sup>49</sup> 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*, 3/2018, 503 ss. critica l’equivalenza, ravvisata dalla Corte, tra diritto a rifiutare i trattamenti sanitari e diritto a ricevere, a certe condizioni, la somministrazione di sostanze che determinino la morte, trattandosi di una equivalenza strutturalmente erronea, poiché il concetto di cura (terapia) ben difficilmente può essere esteso fino a includere qualcosa di radicalmente diverso, ossia la produzione della morte, fermo restando che spetta alla discrezionalità del legislatore regolare la possibilità di congedarsi dalla vita in maniera dignitosa, senza, tuttavia, coinvolgere il diritto alla salute. Analogamente, C. TRIPODINA, *La “circoscritta area” di non punibilità dell’aiuto al suicidio*, cit.

<sup>50</sup> A. D’ALOIA, *Dopo le decisioni della Corte costituzionale sul suicidio medicalmente assistito*, in *Scritti in onore di Pietro Ciarlo*, cit., 991, il quale esprime tale dubbio anche quando ricorda che “tra i trattamenti sanitari vietati dalla deontologia professionale (art. 17 del Cod. deont.), ci sono proprio (anzi forse non sono nemmeno configurabili come trattamenti sanitari) «effettuare (e) favorire atti finalizzati a provocare la morte»” (pag. 986). Sul punto, ID., *Eutanasia (diritto costituzionale)*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, agg., V, Torino, 2012, 300 ss.

<sup>51</sup> Sul carattere “complesso” (o “multidimensionale”) del diritto alla salute, e sulle molteplici posizioni giuridiche soggettive ad esso riconducibili (B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, 1983, 25 s., M. LUCIANI, *Salute, I) Diritto alla salute – dir. cost.*, in *Enciclopedia giuridica*, XXVII, Roma, 1991, 5; R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (dir.), *Dizionario di diritto pubblico*, VI, Milano, 2006, 5394 ss.

dell' 'assistenza sanitaria ed ospedaliera'<sup>52</sup> quella della 'tutela della salute'<sup>53</sup>, oggi appunto annoverata tra le materie di legislazione concorrente (art. 117, comma 3, Cost.)<sup>54</sup>, andando a consolidare sul piano costituzionale la tendenza anticipata anche dal legislatore ordinario volta a consentire alle regioni di regolare tutti gli aspetti connessi alla tutela del bene salute ed "assicurando un'adeguata copertura costituzionale al *favor*, già espresso dalla legislazione ordinaria, nei confronti di un SSN quale sistema di servizi sanitari regionali ai quali corrispondono distinti centri di produzione normativa"<sup>55</sup> – altrettanto indubbio è che il ruolo del legislatore statale non ne sia uscito escluso o marginalizzato, tutt'altro.

In relazione al titolo 'tutela della salute, occorre ricordare che sebbene, infatti, la dottrina<sup>56</sup> e la giurisprudenza costituzionale<sup>57</sup> successiva alla modifica del Titolo V ed anche la legislazione attuativa<sup>58</sup> avessero ammesso il riconoscimento alle regioni della possibilità di esercitare la propria competenza legislativa concorrente anche in assenza di principi posti a livello statale, per consentire al livello regionale di legiferare senza essere impedito dall'eventuale inerzia del legislatore statale, dalla sentenza n. 438/2008<sup>59</sup> in poi

---

<sup>52</sup> Una previsione che si inseriva già nel solco della scelta di decentralizzare il sistema di gestione della sanità pubblica, che ispirava la legislazione unitaria (la legge n. 2248 del 1865, All. C, prevedeva infatti che i Sindaci concorressero alla tutela della sanità pubblica, dotati di poteri d'ordinanza "al fine di rimuovere le cause d'insalubrità") e che ha continuato ad ispirare le future scelte del legislatore ordinario e poi costituzionale.

<sup>53</sup> *Tutela della salute*, in G. GUZZETTA, F. S. MARINI, D. MORANA (a cura di), *Le materie di competenza regionale. Commentario*, Napoli, 2015, 583 ss.

<sup>54</sup> "Più ampia perché estesa a tutti i profili che possono incidere sulla tutela della salute (sia come diritto, sia come interesse della collettività) anche se privi di una valenza propriamente assistenziale. La materia include così – ma solo a titolo esemplificativo – i profili organizzativi e gestionali della sanità regionale (che quindi può essere oggetto di differenziazione, ma nel rispetto dei principi fondamentali posti dalle leggi statali), mentre deve escludersi la sussistenza di un distinto ambito materiale relativo alla «organizzazione sanitaria» riconducibile alla competenza residuale regionale; comprende l'organizzazione del servizio farmaceutico, dal momento che «la complessa regolamentazione pubblicistica della attività economica di rivendita dei farmaci» è finalizzata ad «assicurare e controllare l'accesso dei cittadini ai prodotti medicinali ed in tal senso a garantire la tutela del fondamentale diritto alla salute»; comprende l'appropriatezza delle pratiche terapeutiche; si estende fino alla sanità veterinaria. E si potrebbe continuare" (così D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio Aic*, 1/2018, 29 gennaio 2018, 3-4).

<sup>55</sup> D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, cit., 5.

<sup>56</sup> A. ANZON DEMMIG, *I poteri delle regioni. Lo sviluppo attuale del secondo regionalismo*, Torino, 2008, 137, richiamata anche da C. CASONATO, *Il principio della volontarietà dei trattamenti sanitari fra livello statale e livello regionale*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2008, 8.

<sup>57</sup> Cfr. sentenze n. 282/2002; n. 355/2005, su cui A. POGGI, *Disciplina "necessariamente unitaria" per le professioni: ma l'interesse nazionale è davvero scomparso?*, in *Le Regioni*, 2/2006; E. BINDI, M. MANCINI, *La Corte alla ricerca di una precisa delineazione dei confini della materia 'professioni' (nota a margine delle sentt. nn. 319, 355, 405 e 424 del 2005 della Corte costituzionale)*, che negano la tesi secondo cui le Regioni non potrebbero intervenire con la loro legislazione concorrente prima che siano definiti e concretamente operanti i principi fondamentali destinati ad orientare l'opera del legislatore regionale ed ammettono che specie nella fase di transizione dal vecchio al nuovo sistema di riparto delle competenze, la legislazione regionale concorrente dovrà svolgersi nel rispetto dei principi fondamentali comunque risultanti dalla legislazione statale in vigore, senza che l'assenza di nuovi principi possa o debba comportare la paralisi dell'attività del legislatore regionale.

<sup>58</sup> Cfr. art. 1, comma 3, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Legge La Loggia).

<sup>59</sup> Con cui la Corte dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 3 della legge regionale Piemonte 6 novembre 2007, n. 21 che prevedeva, in caso di trattamenti terapeutici comportanti la somministrazione di sostanze psicotrope ai minori, la necessaria espressione in forma scritta del consenso informato dei genitori.

si tende, invece, escludere ogni attività legislativa regionale "suppletiva" o "sostitutiva" in assenza di principi fondamentali posti (prima o dopo il 2001) a livello statale. Con la conseguenza che la legge regionale che intervenga in tale situazione presenta un vizio di competenza in senso stretto ed è dichiarata illegittima perché invasiva di una riserva, per lo sconfinamento nell'area dei principi fondamentali, e dunque "per ciò che essa disciplina e non già per come disciplina il suo oggetto"<sup>60</sup>.

Peraltro, per corrispondere alla tutela di interessi generali ed infrazionabili che vengono in gioco quando si parla di salute, il giudice costituzionale ha, numerose volte interpretato estensivamente la nozione di "principio fondamentale" rendendo più sfumato ed incerto il confine tra disposizioni di principio e di dettaglio nella materia concorrente 'tutela della salute'<sup>61</sup> (al pari del 'coordinamento della finanza pubblica'<sup>62</sup>), ammettendosi di fatto in tali ambiti interventi statali esorbitanti dal limite dei principi<sup>63</sup>.

È stato evidenziato come sembra scorgersi anche la volontà del giudice costituzionale di impedire alla legge regionale di venire direttamente a contatto con diritti costituzionali considerati "sensibili", e quindi sottratti alla conformazione del legislatore regionale, anche per ragioni legate alla eguaglianza<sup>64</sup>; la materia di diritti resta nella piena disponibilità del legislatore statale, ambito rispetto al quale le esigenze di uniformità sono

---

La motivazione è "riassumibile nei seguenti passaggi: a) le norme sul consenso informato attengono alla dimensione dei principi fondamentali; b) nell'ordinamento legislativo dello Stato non si rinviene una norma analoga a quella contenuta nella legge regionale impugnata; c) la norma regionale, non potendo appoggiarsi ad un principio fondamentale della legislazione statale, è costituzionalmente illegittima per violazione dell'art. 117, terzo comma, Cost.": così F. CORVAJA, *Principi fondamentali e legge regionale nella sentenza sul consenso informato*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2008, 1. Il consenso informato nella sentenza n. 438/2008 viene ricostruito come diritto di un soggetto di prestare il proprio libero ed informato consenso ai trattamenti terapeutici fondato sugli artt. 2, 13 e 32 Cost., quale momento «di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione». Cfr. anche la sentenza n. 253/2009, con cui è stata dichiarata l'illegittimità di disposizioni analoghe a quelle piemontesi contenute in una legge della Provincia autonoma di Trento (sul tema D. MORANA, *A proposito del fondamento costituzionale per il "consenso informato" ai trattamenti sanitari: considerazioni a margine della sentenza n. 438/2008 della Corte costituzionale*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2008, 4970 ss.).

<sup>60</sup> Corte cost., n. 438/2008. Sul tema R. BALDUZZI, D. PARIS, *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione delle competenze legislative*, in [https://www.associazionedeicostituzionalisti.it/old\\_sites/sito\\_AIC\\_2003-2010/giurisprudenza/decisioni2/autori/balduzzi\\_paris.html](https://www.associazionedeicostituzionalisti.it/old_sites/sito_AIC_2003-2010/giurisprudenza/decisioni2/autori/balduzzi_paris.html).

<sup>61</sup> Si veda, ad esempio, Corte cost. n. 192/2017.

<sup>62</sup> Corte cost. n. 5/2018.

<sup>63</sup> A. D'ATENA, *Diritto regionale*, Torino, 2022, 164. R. TONIATTI, *Le prospettive di revisione costituzionale e l'ipoteca neo-centralista sulla riforma dell'ordinamento regionale*, in *Rivista AIC*, 2/2013. "Se già in condizioni ordinarie, esigenze di «indispensabile omogeneità» a livello nazionale della disciplina sanitaria hanno consentito alla normativa statale minutamente regolativa di superare indenne lo scrutinio di costituzionalità", l'emergenza sanitaria da Sars-CoV 2 ha fornito l'occasione per sottoporre a ulteriore tensione applicativa il riparto delle funzioni legislative": così G. SCACCIA, C. D'ORAZI, *La concorrenza fra Stato e autonomie territoriali nella gestione della crisi sanitaria fra unitarietà e differenziazione*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 3/2020.

<sup>64</sup> Lo afferma F. CORVAJA, *Principi fondamentali e legge regionale nella sentenza sul consenso informato*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2008.

soddisfatte non solo attraverso la determinazione dei livelli essenziali, ma mediante la conformazione completa dei relativi diritti<sup>65</sup>.

Ecco, quindi, che le proposte di legge pugliese e marchigiana - sempre ammesso che si possa invocare il titolo 'tutela della salute' in una disciplina tesa a normare la possibilità di darsi la morte anticipatamente<sup>66</sup> - nel disporre dei principi fondamentali della materia riservati, ai sensi dell'art.117, comma 3, cost. alla legislazione statale, si espongono alle suddette censure di costituzionalità.

## **5.2. L'intreccio della materia 'tutela della salute' con altri titoli di cui all'art.117, commi 2 e 3, Cost.**

Peraltro, come già rilevato, gli obblighi di tutela che discendono dall'art. 32 Cost. (tutela del bene salute e del diritto alla salute) non si esauriscono nel titolo 'tutela della salute' ex art.117, comma 3, ma si dipanano in una composita griglia di attribuzioni e trovano sviluppo in molteplici titoli competenziali che "quasi sempre si condizionano reciprocamente, si accavallano nelle concrete discipline, interferiscono e si sovrappongono dinamicamente"<sup>67</sup>.

In particolare, la 'tutela della salute' è intersecata da molteplici e pervasive competenze esclusive dello Stato aventi natura finalistica o trasversale, materie-non materie, ad iniziare dalla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni ex art. 117, comma 2, lett. m), che impatta sul godimento del diritto alla salute sull'intero territorio nazionale restringendo in maniera sensibile gli spazi dell'autonomia regionale<sup>68</sup>; la competenza regionale in materia di "tutela della salute" si intreccia e sovrappone poi con le altre voci enumerate negli elenchi costituzionali, alcune rimesse alla potestà esclusiva

---

<sup>65</sup> M. BELLETTI, *Diritti costituzionali e Regioni*, in R. NANIA, P. RIDOLA, *I diritti costituzionali*, III, Torino, 2007, 1074 ss.

<sup>66</sup> Così come si dubita che anche la libertà del paziente di accettare o meno le terapie possa essere contenuto essenziale del diritto alla salute (C. MAGNANI, *Sul testamento biologico altro scontro tra Stato e Regioni. Il Titolo V fa male alla salute?*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 1/2016).

<sup>67</sup> Così D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio Aic*, 1/2018, 29 gennaio 2018, 9 ss.).

<sup>68</sup> Si veda da ultimo il DPCM 12 gennaio 2017, recante i nuovi LEA, in sostituzione del precedente DPCM 29 novembre 2001: sul tema M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, 2/2017). La Corte costituzionale, ad ogni modo, nel settore sanitario, al fine di salvaguardare il ruolo regionale, richiede la previsione di adeguate forme di coinvolgimento degli enti subcentrali, sicché il modulo collaborativo tra lo Stato e le regioni resta la chiave di volta del sistema delle competenze statali e regionali per la salute. A tal proposito, l'art. 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 - legge di stabilità 2016, dispone che «la definizione e l'aggiornamento dei LEA sono effettuati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari». Il successivo comma 559 prevede poi una procedura "semplificata" per le ipotesi in cui l'aggiornamento dei LEA non incida sulle risorse finanziarie impegnate, prevedendo che la collaborazione Stato-regioni in tale ipotesi si manifesti non già nella forma dell'intesa, bensì in quella più attenuata del parere.

dello Stato, come la tutela dell'ambiente e l'ordinamento civile<sup>69</sup>, al pari della profilassi internazionale<sup>70</sup>, altre sempre alla legislazione concorrente, come la tutela e sicurezza del lavoro<sup>71</sup>, ricerca scientifica e tecnologica<sup>72</sup> e governo del territorio<sup>73</sup>, il "coordinamento della finanza pubblica"<sup>74</sup>.

Da una lettura complessiva della giurisprudenza costituzionale si evince che, se da un lato, si ripropone 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 (per proteggere l'eguaglianza nell'accesso alle cure, per proteggere in modo uniforme sul territorio il bene salute, per garantire i LEA e per assicurare il complessivo equilibrio di bilancio degli apparati pubblici)", fermo restando la tendenza a rafforzare e valorizzare il modello collaborativo tra lo Stato e le autonomie regionali laddove si tratti di "ricollocare al centro" le scelte in sanità<sup>75</sup>.

Ebbene di tale scenario, 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, non può non tenere conto il legislatore regionale che intenda intervenire su un terreno come quello qui in discorso, peraltro, in assenza di una disciplina *ad hoc* da parte del legislatore statale.

Ed invero, le proposte regionali in esame intervenendo anche sulle condizioni di accesso in via anticipata alla morte, incidono su diritti "personalissimi", come il diritto alla vita e all'integrità tutelati in sede civile e penale e quindi chiamano in causa la materia 'ordinamento civile'<sup>76</sup> e 'ordinamento penale'<sup>77</sup> rimesse alla potestà esclusiva statale.

---

<sup>69</sup> Si veda, ad esempio, Corte cost., sent. nn. 253/2006 (su cui E. LAMARQUE, *Ancora nessuna risposta definitiva in materia di ordinamento civile*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 3/2006).

<sup>70</sup> Si veda Corte cost., sentenza n. 37/2021. Sul tema, *ex plurimis*, A. POGGI, G. SOBRINO, *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale e restringe la leale collaborazione (ma con quali possibili effetti?)* (nota a Corte Cost., sentenza n. 37/2021), in *Osservatorio AIC*, 4/2021; D. MORANA, *Ma è davvero tutta profilassi internazionale? Brevi note sul contrasto all'emergenza pandemica tra Stato e Regioni, a margine della sentenza n. 37/2021*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 17 aprile 2021.

<sup>71</sup> Corte cost., sent. nn. 359/2003; 238 e 239 del 2006.

<sup>72</sup> Corte cost., sent. n. 270/2005.

<sup>73</sup> Corte cost., sent. n. 99/2009 (M. BELLETTI, *Il controverso confine tra "livelli essenziali delle prestazioni", principi fondamentali della materia e divieto del vincolo di destinazione di finanziamenti statali, attendendo la perequazione nelle forme della legge n. 42 del 2009*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 16/2009).

<sup>74</sup> Corte cost., sent. n. 203/2008; 52/2010; 91/2012; 169/2017.

<sup>75</sup> Così D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, cit., 15. Sul tema A. SIMONCINI, *Non c'è alternativa alla leale collaborazione. Dalla Corte prime indicazioni su regolamenti del Governo e "livelli essenziali" nelle materie regionali*, in *Le Regioni*, 6/2003, 1199 ss.

<sup>76</sup> Essa rappresenta l'esplicitazione del "vecchio" divieto, per la legislazione regionale, di alterare "le regole fondamentali che disciplinano i rapporti privati" (da ultimo, prima della revisione del 2001, cfr. le sentenze n. 82 del 1998, n. 352 del 2001); cfr. sul tema C. CALZOLAIO, *La materia "ordinamento civile": una ulteriore competenza trasversale dello Stato?*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2006; E. LAMARQUE, *Osservazioni preliminari sulla materia 'ordinamento civile' di esclusiva competenza statale*, in *Le Regioni*, 6/2001, 1343 ss.

<sup>77</sup> Le suddette proposte di legge, nella parte in cui prevedono che il SSN sia comunque tenuto a trovare una soluzione in caso di assenza di medici disposti a fornire assistenza al suicidio, interesserebbero, infatti, anche le disposizioni penali circa i profili di responsabilità degli operatori sanitari.

La Corte costituzionale ha chiarito già con la sentenza n. 282 del 2004 che la riserva statale in tema di “ordinamento civile” risponde alla necessità di garantire l’eguaglianza di trattamento, sotto il profilo della disciplina dei rapporti intersubiettivi, fra i cittadini sull’intero territorio nazionale.

Il tentativo in atto di colmare il vuoto legislativo, anticipando il legislatore nazionale con un atto normativo regionale in questa materia, richiama quanto già accaduto in relazione alle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario, quando si era assistito alla corsa in avanti a livello regionale<sup>78</sup>, nel mentre il pluriennale dibattito parlamentare sul tema era ancora in corso.

All’epoca la Corte pur riconoscendo alle manifestazioni anticipate di volontà in ordine ai trattamenti, l’essere “espressive della libertà di cura”, dichiarò illegittima la normativa impugnata facendo leva non già sull’invasione regionale della competenza statale a porre i principi fondamentali in materia di tutela della salute, bensì sulla violazione dell’art. 117, comma 2, lett. 1, che riserva allo Stato la materia ‘ordinamento civile’. Il Giudice delle Leggi aveva chiarito che la mancanza della normazione statale non poteva valere a giustificare in alcun modo l’interferenza della legislazione regionale in una materia affidata in via esclusiva alla competenza dello Stato, perché “data la sua incidenza su aspetti essenziali dell’identità e dell’integrità della persona, una normativa in tema di disposizioni di volontà relative ai trattamenti sanitari nella fase terminale della vita – al pari di quella che regola la donazione di organi e tessuti – 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>79</sup>.

L’inquadramento della disciplina nella materia dell’ordinamento civile<sup>80</sup> comporta la sottrazione ai legislatori regionali qualunque competenza normativa, anche quella attuativa, attivabile ove si fosse ricondotto questo ambito alla disciplina statale di principio sulla tutela della salute, residuando per loro su tali aspetti compiti di mera esecuzione.

È appena il caso di sottolineare la contiguità della legge n. 219/2017<sup>81</sup> con la disciplina del suicidio medicalmente assistito, contiguità ‘istituita’ d’altro canto dallo

---

<sup>78</sup> Cfr. Corte cost. n. 262/2016 che ha dichiarato l’illegittimità costituzionale della Legge della Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia 13 marzo 2015, n. 4, recante «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, recante «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). Sul tema, *ex plurimis*, B. VIMERCATI, *Consenso informato e incapacità. Gli strumenti di attuazione del diritto costituzionale all’autodeterminazione terapeutica*, Milano, 2014; 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>79</sup> Corte cost. n. 262/2016.

<sup>80</sup> Alla materia ordinamento civile il Giudice costituzionale ha ricondotto anche la disciplina dei trattamenti sanitari che abbiano ad oggetto l’adeguamento dei caratteri sessuali morfologici esterni della persona alla identità psicosessuale (Corte cost., n. 253/2006).

<sup>81</sup> Punto di approdo di un pluriennale dibattito parlamentare, tocca numerosi profili, tra i quali anche la tutela della salute, rispetto ai quali alla competenza normativa regionale residuano spazi piuttosto limitati,

stesso Giudice delle Leggi che si è peraltro spinto a suggerire al legislatore nazionale l'opzione di introdurre la necessaria disciplina in materia di suicidio medicalmente assistito intervenendo nel contesto della legge n. 219/2017 e del suo spirito.

E sebbene le proposte regionali pugliese e marchigiana disciplinino le condizioni di accesso nonché la verifica della liceità della condotta dell'aiuto al suicidio del malato irreversibile come già previste dal giudice delle leggi, non può non considerarsi che quest'ultimo ha ribadito con vigore l'auspicio che "la materia formi oggetto di sollecita e compiuta disciplina da parte del legislatore, conformemente ai principi precedentemente enunciati" (§ 9 Considerato in diritto, sent. 242/2019), legislatore che non può che essere quello statale, perché, anche in questo caso, l'incidenza "su aspetti essenziali della identità e della integrità della persona, (...) necessita di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di eguaglianza" (Corte cost. sent. n. 262 del 2016).

Per una disciplina come quella del suicidio medicalmente assistito, che tange diritti fondamentali della persona, si impone la necessaria uniformità a livello nazionale, pena la violazione del principio di eguaglianza. La disciplina uniforme nazionale, ove dovesse introdurre un vero e proprio diritto al suicidio assistito ed imporre una nuova prestazione a carico del SSN, dovrà anche esercitare la competenza esclusiva in tema di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni 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<sup>82</sup>.

Gli atti di iniziativa regionale esaminati, invece, finiscono per introdurre una nuova prestazione attualmente non prevista nei Lea e questo pone, certamente, problemi di discriminazione su scala nazionale.

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<sup>83</sup> e non può, pertanto, individuare, né garantire livelli ulteriori di

---

se non addirittura inesistenti. Invero, il coinvolgimento delle regioni nell'attuazione della l. n. 219/2017 è circoscritto alle modalità di raccolta delle disposizioni anticipate di trattamento ed al loro inserimento nella banca dati, nonché agli obblighi informativi nei confronti dei cittadini (cfr. art. 4., commi 7 e 8).

<sup>82</sup> Sul tema, *ex plurimis*, C. PINELLI, *I livelli essenziali delle prestazioni*, in *Rivista giuridica del Mezzogiorno*, 3/2018, 769 ss.; M. LUCIANI, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della Corte costituzionale*, in *Rivista AIC*, 3/2016; A. D'ALOIA, *Diritti e stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 6/2003, 1063 ss.

<sup>83</sup> Un 'istituto strumentale non alla riduzione della spesa, bensì ad un corretto raggiungimento degli obiettivi costituzionalmente previsti in tema di tutela della salute in tutte le Regioni; uno strumento pensato per favorire il dialogo tra lo Stato e la Regione interessata affinché, partendo dalla situazione di fatto della Regione si possano individuare le modalità per erogare i migliori servizi sanitari con il fine ultimo di permettere il raggiungimento dell'equilibrio economico e la corretta erogazione delle prestazioni ricomprese nei Lea. Sul tema, A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari. Studio sul modello solidale di regionalismo in Italia*, Pisa, 2021; D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali e asimmetria fra Stato e Regioni nel rispetto delle di leale collaborazione*, in *Le Regioni*, 1-2/2014, 203 ss.; I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi statali, Piani di rientro e vincoli di bilancio in*

assistenza, ponendo i relativi oneri in capo al servizio sanitario regionale<sup>84</sup>. 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<sup>85</sup>.

In definitiva, sulla scorta della sentenza n. 242/2019, i tentativi regionali di “dettagliare i tempi e i modi del procedimento” aperto a seguito dell’intervento del giudice costituzionale in ambito penale per il reato di cui all’art. 580 c.p., di fatto anticipano il contenuto di quella che dovrebbe essere nei tratti principali la futura disciplina statale, ponendo dubbi di legittimità costituzionale derivanti non tanto *dal modo* in cui si è intervenuti a disciplinare la materia, bensì “dal fatto stesso di aver disciplinato una materia di competenza legislativa esclusiva dello Stato”<sup>86</sup>.

Il ruolo delle regioni in ordine alla materia *de qua*, potrà manifestarsi dal punto di vista attuativo di quella parte della normativa statale che (eventualmente) configuri principi fondamentali riguardanti la tutela della salute, nonché ovviamente da quello esecutivo in relazione alle conseguenti prestazioni da erogarsi presso le strutture sanitarie pubbliche e convenzionate, nonché in relazione alla parte della normativa statale che configuri intervento su altre materie rimesse in via esclusiva allo Stato, ferma restando l’auspicabile attivazione di idonei moduli collaborativi, sempre richiesti in tali ambiti<sup>87</sup>.

---

*materia sanitaria. Tra disuguaglianze e tentativi di emarginazione della decisione politica*, in *Diritti regionali*, 1/2021, 40 ss.

<sup>84</sup> Lo ha statuito nuovamente di recente la Corte costituzionale con la sentenza n. 161/2022, avente ad oggetto la legittimità costituzionale dell’art. 3 della l.r. Puglia 6 agosto 2021, n. 31, riguardante l’implementazione sul territorio regionale del Test prenatale non invasivo (NIPT), come esame sperimentale all’interno del Sistema sanitario regionale non ricompreso all’interno dei Lea di cui all’Allegato 10C del d.P.C.m. 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502). Sul punto, si veda A. PATANÈ, *Test prenatale non invasivo (NIPT) e Piano di rientro in materia sanitaria. Nota alla sentenza della Corte costituzionale n. 161 del 2022*, in *Osservatorio AIC*, 1/2022, 1 novembre 2022.

<sup>85</sup> In dottrina si è parlato di “legislatori regionali dimezzati”: E. GRIGLIO, *Il legislatore «dimezzato»: i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari ed interventi sostitutivi governativi*, in *Le Regioni*, 2012, 455 ss.; sul tema L. VIOLINI, *Salute, sanità e regioni: un quadro di crescente complessità tecnica, politica e finanziaria*, in *Le Regioni*, 2015.

<sup>86</sup> Come ha avuto modo di statuire il Giudice costituzionale in relazione alla legge regionale calabrese n. 27/2014 in materia di dichiarazioni di volontà relative alla donazione *post mortem* di organi e tessuti, che pur si limitava sostanzialmente a ripetere il contenuto della disciplina statale di riferimento e cionondimeno determinava la violazione dei parametri invocati (Corte cost., sent. n. 195 del 2015, § 3.2 del Considerato in diritto).

<sup>87</sup> Si segnala che la già citata proposta di cui al d.d.l. n. 2553 in esame in Parlamento contiene la previsione di un regolamento che, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, individui i requisiti delle strutture del SSN idonee, definisca modalità, protocolli e procedure (anche nell’ottica del sostegno psicologico) e determini le modalità di archiviazione delle richieste di aiuto al suicidio.



## 6. Conclusioni

La strada della legislazione regionale sul suicidio medicalmente assistito non può essere percorsa "perché la Costituzione non contempla il federalismo dei diritti sociali e delle libertà"<sup>88</sup>.

Solo al legislatore statale spetta ancora definire cosa si intenda con esattezza per 'morte medicalmente assistita'; chi può accedere alla pratica parzialmente depenalizzata; quali requisiti e forma deve avere la richiesta di morte volontaria medicalmente assistita; quali le modalità possibili del suicidio assistito; quali le strutture in cui potrà avvenire la 'procedura' (ospedaliere, domiciliari, o strutture appositamente dedicate); la possibilità di obiezione di coscienza per il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie.

In entrambe le iniziative regionali si fa riferimento al fatto che la disciplina viene resa nelle more dell'intervento del legislatore statale, dichiarato necessario ed ineludibile, a conferma della consapevolezza di porre in essere un tentativo di anticipazione del legislatore nazionale "astensionista"<sup>89</sup>, in chiave di reazione a tale inerzia. Ma a fronte dell'inerzia del legislatore statale in un ambito particolarmente sensibile che involge la sfera della salute e dei diritti personalissimi, il giudice costituzionale ha già escluso in diverse occasioni margini di manovra per l'autonomia legislativa regionale e questo è un elemento di cui non può non tenersi conto.

Viene ancora una volta in considerazione "l'utilizzo con finalità simboliche, prima ancora che giuridico-politiche, della legislazione regionale"<sup>90</sup>, evidente soprattutto in relazione alla proposta presentata nelle Marche, una regione dove da sempre c'è grande attenzione verso le tematiche eticamente sensibili e nella quale, peraltro, si sono registrati numerosi casi di richiesta di assistenza al suicidio. Ma resta pur sempre un utilizzo improprio dello strumento legislativo e le pur comprensibili ragioni di tali iniziative, volte a sensibilizzare sulla necessità di un intervento normativo su ambiti delicati e complessi come quello in oggetto, andando a pungolare il silente legislatore statale, non consentono di superare i problemi che esse pongono dal punto di vista della legittimità costituzionale quanto al riparto di competenze a fronte, peraltro, di un orientamento ormai consolidato della Corte costituzionale che su questi temi esclude spazi di intervento autonomo per i legislatori regionali.

---

<sup>88</sup> La citazione è di 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, 4, in relazione alla legislazione regionale su consenso informato e testamento biologico.

<sup>89</sup> C. CASONATO, *Biodiritto e pluralismi. Alla ricerca della sostenibilità*, in *BioLaw Journal*, 2, 2016, 2; A. D'ALOIA, *Giudice e legge nelle dinamiche del biodiritto*, in *BioLaw Journal*, 2/2016, 105 ss.

<sup>90</sup> Così L. BUSATTA, *Le dichiarazioni anticipate di trattamento, tra ordinamento civile e «ragioni imperative di eguaglianza»*, in *Forum Quad. Cost.*, 2017, 9 in relazione alla legislazione friulana dichiarata illegittima con la sentenza n. 262/2016, tenuto conto che il Friuli Venezia Giulia è il territorio nel quale ha trovato conclusione la lunga e drammatica vicenda umana di Eluana Englaro (sul tema si veda V. TONDI DELLA MURA, *I rischi della competizione regolativa e valoriale fra i diversi poteri dello Stato (riflessioni a margine del «caso Englaro»*, in [https://www.associazionedeicostituzionalisti.it/old\\_sites/sito\\_AIC\\_2003-2010/dottrina/teoria\\_generale/TondidellaMura01.pdf](https://www.associazionedeicostituzionalisti.it/old_sites/sito_AIC_2003-2010/dottrina/teoria_generale/TondidellaMura01.pdf)).

Corse in avanti come quelle a cui stiamo assistendo potrebbero complicare il quadro normativo su questioni già sufficientemente complesse e instaurare un nuovo fronte, dopo quello pandemico, di competizione o antagonismo istituzionale che, certo non giova alla causa, ponendo le basi per un nuovo 'turismo della morte assistita' a livello interregionale.

La presentazione di una propria proposta di legge alle Camere, anche da parte di più Regioni, sulla scorta dell'opera di coordinamento che sul punto l'Associazione Coscioni sta tentando di fare, avrebbe potuto essere senz'altro una soluzione più adeguata.

Una volta che sul punto sarà intervenuta la disciplina statale le regioni potranno svolgere un proprio ruolo, atteso che in ambito sanitario la concreta effettività dei diritti disciplinati a livello statale passa anche attraverso la realizzazione di adeguati servizi organizzativi e amministrativi che, in tale settore, sono di competenza regionale<sup>91</sup>.

Ma prima di implementare altre decisioni legislative sulla materia, sarebbe auspicabile lavorare per applicare innanzitutto la legge 15 marzo 2010, n. 38 sulle cure palliative<sup>92</sup>, che riconosce la terapia del dolore come elemento fondamentale nel percorso di tutela della salute e della dignità della persona, ma resta al momento ampiamente disattesa, nonostante le cure palliative e la terapia del dolore siano un diritto vero e proprio, inserite tra gli "obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale", da garantire nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza in modo uniforme su tutto il territorio nazionale<sup>93</sup>.

Ed invero, sia nella ordinanza n. 207/2018 che nella sentenza n. 242/2019, se c'è un dovere su cui insiste la Corte costituzionale concerne proprio la garanzia, anche in rapporto alla materia cui si riferisce la sua pronuncia, delle cure palliative.

Ed infatti il Giudice delle Leggi sottolinea l'esigenza di adottare opportune cautele affinché "l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza [...] in accordo con l'impegno assunto dallo Stato con la citata legge n. 38 del 2010" (§ 2.4 Considerando in diritto).

Il suicidio assistito è configurato, così, come rimedio 'estremo', dovendo essere lo strumento 'ordinario' la terapia del dolore e "il coinvolgimento in un percorso di cure palliative (come) un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo

---

<sup>91</sup> Così L. BUSATTA, *Le dichiarazioni anticipate di trattamento, tra ordinamento civile e «ragioni imperative di eguaglianza»*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2017, 2 che ricorda anche come dopo la sentenza n. 282/2002 – con cui la Corte ha ricondotto le attività di carattere terapeutico al diritto alla salute e al rispetto della persona, nella sua integrità fisica - nella pronuncia n. 338/2003, essa stessa aveva tenuto a precisare che, anche con riguardo al consenso ai trattamenti sanitari, sia possibile individuare un certo margine di intervento per il legislatore regionale. "Nei limiti dei principi fondamentali, nulla vieta invece che le Regioni, responsabili per il proprio territorio dei servizi sanitari, dettino norme di organizzazione e di procedura, o norme concernenti l'uso delle risorse pubbliche in questo campo" (Corte cost., sentenza n. 338/2003, § 5.1 del Considerato in diritto).

<sup>92</sup> Sull'importanza della 'palliazione' nel percorso di umanizzazione del morire, cfr. L. PALAZZANI, *Introduzione alla biogiuridica*, Torino 2002, 219 ss.; G. RAZZANO, *La dignità nell'ultima fase della vita: le cure palliative*, in M. RONCO (a cura di), *Il "diritto" di essere uccisi: verso la morte del diritto?*, Torino, 2019, 81 ss.; E. LAMARQUE, *Le cure palliative nel quadro costituzionale*, in *Rivista AIC*, 1/2021, 7 gennaio 2021.

<sup>93</sup> G. RAZZANO, *La dignità nell'ultima fase della vita: le cure palliative*, cit.

da parte del paziente”. Nelle argomentazioni della Corte sarebbe addirittura un paradosso “non punire l’aiuto al suicidio senza avere prima assicurato l’effettività del diritto alle cure palliative” (§ 2.4), atteso che “l’accesso alle cure palliative, ove idonee a eliminare la sofferenza, spesso si presta a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita”: alleviare il dolore e destinare cure ai malati anche nelle fasi terminali della vita consente di contrastare i vissuti di abbandono e di sofferenza nei quali, il più delle volte, si radicano le richieste di eutanasia.

Lo stesso giudice costituzionale ha affermato, riprendendo quanto dichiarato dal Comitato nazionale per la bioetica, nel Parere del 18 giugno 2019 (“Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito”) che la necessaria offerta effettiva di cure palliative e di terapie del dolore deve rappresentare “una priorità assoluta per le politiche della sanità”, mentre invece ancora sconta “molti ostacoli e difficoltà, specie nella disomogeneità territoriale dell’offerta del SSN e nella mancanza di una formazione specifica nell’ambito delle professioni sanitarie”<sup>94</sup>.

Ed infatti, dal Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38/2010, per gli anni 2015/2017, presentato dal Ministero della Salute nel 2019 emerge un quadro caratterizzato da forti disomogeneità a livello regionale e locale, un programma ancora solo parzialmente attuato ed un percorso da proseguire nel quale si conferma, tra l’altro, proprio l’importanza della programmazione e del governo locale dei servizi sanitari, in primo luogo di quelli territoriali<sup>95</sup>.

E non c’è dubbio che, allo stato, sia questo un terreno sul quale certamente possono e devono operare le autonomie territoriali, nell’esercizio delle competenze costituzionalmente e legislativamente loro riconosciute, al fine di dare attuazione alla

---

<sup>94</sup> Corte cost., n. 242/2019, § 2.4 del Considerato in diritto.

<sup>95</sup> Si pensi alle reti locali di cure palliative, istituite dalla stessa legge n. 38/2010 per assicurare la continuità nel percorso di cura del paziente in ospedale, nella struttura residenziale (Hospice) e in ambito domiciliare, per mezzo dell’integrazione di queste strutture sul territorio. Nuovo impulso alla strutturazione delle reti di cure palliative è stato dato dall’Accordo della Conferenza tra Stato e Regioni del 16 dicembre 2010 con cui sono state definite le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell’ambito delle cure palliative e della terapia del dolore, i cui principi sono stati poi ripresi e ampliati nell’Intesa tra Stato e Regioni del 25 luglio 2012. Tuttavia, lo sviluppo delle reti locali di Cure Palliative, l’identificazione dei requisiti minimi per l’accreditamento e l’adozione di modelli organizzativi uniformi, sono obiettivi non ancora raggiunti da tutte le Regioni; i percorsi assistenziali di presa in carico del paziente con bisogni di cure palliative, differiscono molto tra le Regioni e non è ancora sviluppata e diffusa ovunque una metodologia “proattiva” con il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia; l’offerta formativa per gli operatori sanitari di cure palliative, sia relativamente alla formazione universitaria che al conseguimento dei crediti in Educazione Continua in Medicina (ECM) è ancora abbastanza disomogenea sul territorio nazionale; le Reti di cure palliative e terapia del dolore pediatriche, fortemente carenti in quasi tutto il territorio nazionale. A quest’ultimo proposito, in Italia, a dodici anni dalla legge n. 38/2010, solo il 10% dei circa 35.000 pazienti in età pediatrica bisognosi di cure palliative riescano a trovare una risposta adeguata ai loro bisogni (G. RAZZANO, *La proposta di legge sulle «Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita»*, cit., 59). Parimenti disomogenea la situazione relativa ai posti letto in Hospice, che a distanza di circa 20 anni dalla legge n. 39/1999, che ha previsto la realizzazione di tali strutture residenziali di cure palliative in tutte le regioni italiane, fa registrare a livello nazionale una carenza di 244 posti letto, con Regioni in surplus (Lombardia, Emilia Romagna, Lazio) e Regioni in grave deficit (Piemonte, Toscana, Campania, Sicilia). Notevoli criticità presenta ancora l’assistenza palliativa domiciliare, risultando il numero dei pazienti assistiti e le giornate di assistenza erogate in questo regime, pur se in aumento, ancora molto al di sotto del fabbisogno programmato.

sentenza Cappato/Antoniani e dare il proprio 'contributo' alla garanzia di una morte dignitosa.