

IL FORUM

FINE VITA TRA STATO E REGIONI

Introduzione al *Forum**

NANNEREL FIANO

Con la sent. n. 242 del 2019 la Corte costituzionale ha individuato, nel ritagliare l'art. 580 c.p., rubricato "istigazione o aiuto al suicidio", precise condizioni di non punibilità per il terzo che voglia esaudire il proposito suicidario di un altro soggetto.

Ai fini dell'assistenza di terzi le condizioni in cui deve versare il soggetto che intenda porre fine alla propria vita sono:

- la piena capacità di prendere decisioni libere e consapevoli;
- la presenza di una patologia irreversibile e di sofferenze fisiche o psicologiche ritenute dalla persona stessa intollerabili;
- la dipendenza da trattamenti di sostegno vitale (condizione, questa, su cui la Corte costituzionale è tornata in occasione prima, della sent. n. 135 del 2024 e, poi, della sent. n. 66 del 2025, andandone a specificare il contenuto).

A fronte di tale intervento manipolativo la Corte ha sottolineato – a più riprese, anche in occasione dell'adozione delle sentt. nn. 135 del 2024 e 66 del 2025 – l'urgenza di un intervento legislativo di disciplina della materia del suicidio assistito.

È proprio in questa cornice di mancata regolamentazione della disciplina di cui all'art. 580 c.p. sul piano statale che si inserisce il recente e multiforme attivismo di alcune Regioni per garantire l'accesso al suicidio assistito, oggetto di grande attenzione – anche in sede di impugnazione, se pensiamo alla legge regionale della Toscana – da parte dello Stato.

* Contributi sottoposti a referaggio ai sensi dell'art. 5 del Regolamento della Rivista.

Alla luce delle domande formulate, in questo forum si intende ragionare, criticamente, sul rapporto (o *non* rapporto) tra Stato e Regioni in tema di suicidio assistito e del rispettivo riparto competenziale, considerando, da un lato, i ripetuti moniti formulati dalla Corte costituzionale e, dall'altro, la possibile problematica, di rilievo costituzionale, della (eventuale) frammentazione delle discipline regionali sul suicidio assistito.

Il risultato del presente forum è decisamente in linea con l'obiettivo dei forum della Rivista dell'Associazione "Gruppo di Pisa": arricchire il dibattito tra costituzionalisti, facendo emergere le diverse sfaccettature legate all'analisi di questioni giuridiche di grande attualità.

Si ringraziano gli Autori e le Autrici: Stefano Agosta, Carlo Calvieri, Gian Luca Conti, Antonello Lo Calzo, Federico Gustavo Pizzetti, Giovanna Razzano, Chiara Tripodina (con Davide Servetti), per avere stimolato interessanti riflessioni su un tema che, oggi, ricopre un ruolo di grande importanza al crocevia tra diritto e giustizia costituzionale.

INDICE

I Domanda (p. 238 ss.) - Alla luce del riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni, sono costituzionalmente legittime, secondo lei, le proposte di regolamentazione della materia sul suicidio assistito che sono state progressivamente presentate nella forma della legge regionale?

Quale margine di intervento è possibile individuare per l'attività legislativa delle Regioni all'interno del perimetro tracciato, da un lato, dalla materia di competenza legislativa esclusiva statale dell'ordinamento civile e penale di cui all'art. 117, comma 2, lett. l) Cost., dall'altro, dalla materia di competenza legislativa esclusiva statale di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ex art. 117, comma, 2 lett. m.) Cost. e, da un altro lato ancora, dalla materia di competenza legislativa concorrente della tutela della salute ai sensi dell'art. 117, comma, 3 Cost.?

II Domanda (p. 256 ss.) - In virtù del principio di cedevolezza invertita, per il quale l'intervento del legislatore regionale può colmare il mancato intervento di quello statale, può non dirsi violato il riparto di competenze evocato nella prima domanda?

III Domanda (p. 265 ss.) - A fronte di una pluralità di pronunce della Corte costituzionale che hanno sottolineato la necessità di un intervento del legislatore per disciplinare la materia (da ultimo, cfr. sent. n. 66 del 2025), cosa pensa dell'impugnazione del Governo della legge della Regione Toscana, intervenuta nelle more dell'inerzia del legislatore nazionale?

IV Domanda (p. 278 ss.) - Come valuta il ruolo assunto da alcune Regioni nel disciplinare l'accesso al suicidio assistito attraverso atti amministrativi?

V Domanda (p. 286 ss.) - Considerando, da un lato, il principio di eguaglianza affermato all'art. 3 Cost., e, dall'altro, la necessità di pervenire, secondo la Corte costituzionale, ad una regolamentazione legislativa della materia del suicidio assistito, può dirsi costituzionalmente legittimo un assetto normativo in cui l'accesso al suicidio medicalmente assistito varia da Regione a Regione?

VI Domanda (p. 294 ss.) - A suo avviso la Corte costituzionale, con le sue pronunce, ha affermato il diritto all'accesso al suicidio assistito accanto a quello della - circostanziata - non punibilità del terzo che assiste il soggetto richiedente nel proposito suicidario?

I partecipanti al Forum (p. 309 s.)

I Domanda

Alla luce del riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni, sono costituzionalmente legittime, secondo lei, le proposte di regolamentazione della materia sul suicidio assistito che sono state progressivamente presentate nella forma della legge regionale?

Quale margine di intervento è possibile individuare per l'attività legislativa delle Regioni all'interno del perimetro tracciato, da un lato, dalla materia di competenza legislativa esclusiva statale dell'ordinamento civile e penale di cui all'art. 117, comma 2, lett. l) Cost., dall'altro, dalla materia di competenza legislativa esclusiva statale di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ex art. 117, comma, 2 lett. m.) Cost. e, da un altro lato ancora, dalla materia di competenza legislativa concorrente della tutela della salute ai sensi dell'art. 117, comma, 3 Cost.?

STEFANO AGOSTA

In via preliminare, va ricordato che l'esercizio di potere pubblico si pone sempre quale *mezzo* (non già auto- ma etero-referenziale) al servizio esclusivo della tutela dei diritti fondamentali – e, da ultimo, della stessa dignità dell'uomo [A. RUGGERI-A. SPADARO, 1991; G. SILVESTRI, 2008; Corte cost., sent. n. 242/2019 (punto 5 *cons. dir.*, undicesimo cpv)] – dalla quale non può essere disgiunto, a meno di non voler rinnegare sé stesso e la propria ragion d'essere costituzionale. Chiamato ad attendere a tale compito non è solo lo *Stato ex se* considerato bensì, sinergicamente, tutti gli enti facenti parte della *Repubblica*, nel rispetto delle reciproche competenze [L. BIANCHI, 2024]: nel caso di ambiti particolarmente complessi, il fronte degli interventi pubblici – lungi dal rivelarsi caotico – risulta, com'è noto, orientato secondo un tendenziale criterio di prevalenza.

Nel caso del fine-vita – al pari di quello, speculare, dell'inizio-vita, d'altro canto – la materia bisognosa di disciplina non può che inevitabilmente esibire un notevole grado di complessità. Ciò evidentemente perché essa coinvolge diritti di elevatissimo rango costituzionale (si pensi, per tutti, al diritto alla vita) [G. RAZZANO, 2024 e 2025] la cui tutela finisce di riflesso per insistere su una serie di campi competenziali dello Stato e delle Regioni tra di loro non facilmente districabili (e, anzi, fittamente intrecciati): il riferimento è, sopra tutte, alle materie, rispettivamente, dell'«ordinamento civile e penale» e della «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» [entrambe di esclusiva spettanza statale ai sensi dell'art. 117, comma 2, *lett. l)* ed *m)*, Cost.] nonché, tra le altre, principalmente alla «tutela della salute» (competenza di potestà concorrente a norma dell'art. 117, comma 3, *cit.*).

L'adozione del criterio *supra* richiamato nel caso oggi all'esame si ritiene che veda la *maggior parte* della disciplina attratta nella materia dell'ordinamento civile e

penale e la *minor parte* di essa a quella della «tutela della salute»: allo Stato spetterebbe, cioè, il compito *previamente* di definire l'*an* sostanziale della disciplina; alle singole Regioni incomberebbe, invece, il compito ancillare di predisporre *successivamente* il *quomodo* organizzativo dei servizi sanitari strumentale alla normativa statale (si pensi a norme tecniche di indirizzo, organizzazione, coordinamento, supporto, integrazione ed erogazione poste, ad esempio, con delibere, regolamenti, circolari e ad altri atti delle singole aziende sanitarie locali).

Tale possibile assetto sembrerebbe emergere, d'altro canto, proprio dagli interventi messi in campo dalla giurisprudenza costituzionale la quale, com'è noto, è nel corso degli anni intervenuta agendo su un duplice versante.

Nel 2018, essa ha, innanzitutto, proceduto all'individuazione sostanziale *ex ante* delle condizioni in presenza delle quali la condotta di assistenza al suicidio da parte del terzo – in maniera derogatoria rispetto alla regola generale (che, perciò, resta integra) – non risulterebbe penalmente punibile: «il riferimento è, più in particolare, alle ipotesi in cui il soggetto agevolato si identifichi in una persona (a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli» [ord. n. 207/2018 (punto 8 *cons. dir.*, terzo cpv)].

Nel successivo 2019 – nella perdurante latitanza dello Stato – la Corte costituzionale ha, infine, portato a definitivo compimento l'opera di rifacimento avviata appena l'anno precedente, definendo le caratteristiche dell'accertamento procedurale *ex post* delle sopradette condizioni: vale a dire, demandando proprio alle «strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale» il duplice compito di verificare le «condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio» nonché «le relative modalità di esecuzione, le quali [dovranno] essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze» [Corte cost., sent. n. 242 cit., *ibidem*] (ma, sul punto, si ritornerà, *funditus*, in occasione della risposta al sesto quesito).

Per giustificare la previa attrazione dell'ambito in questione nell'orbita della competenza statale in tema di «ordinamento penale», obiettivamente buon gioco hanno avuto quanti hanno evidenziato nella sent. n. 242 cit. – secondo quella che si è ritenuta l'impostazione preferibile del suo *dictum* almeno fino alla recente sent. n. 132/2025 (ma, sul cruciale punto, si tornerà in occasione della risposta all'ultimo quesito) – essenzialmente l'individuazione di una nuova causa di non punibilità nell'art. 580, *Istigazione o aiuto al suicidio*, cod. pen., come tale evidentemente sottratta alla disponibilità regionale [A. CANDIDO, 2024].

Con riferimento alla diversa competenza dell'«ordinamento civile» – premessa l'attitudine del fine-vita a configurarsi come vera e propria materia-materia piuttosto che materia non materia [A. CANDIDO, 2024] – vi è da dire che l'attenzione è stata, soprattutto, attirata dai numerosi precedenti giurisprudenziali sul punto e, sopra tutti, dalla citatissima sent. n. 262/2016 [C. MAGNANI, 2016; L. BUSATTA, 2017; L. COEN, 2017] con cui, com'è noto, la Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità della l.r.

Friuli-Venezia Giulia n. 4/2015, *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* proprio perché la pretesa regionale di attribuire «un rilievo pubblico a tali manifestazioni di volontà, espressive della libertà di cura (...), implica[va] la necessità di una articolata regolamentazione (...) e interferi[va] nella materia dell'ordinamento civile», attribuita in maniera esclusiva alla competenza legislativa dello Stato dall'art. 117, comma secondo, lettera l), Cost.» [Corte cost. sent. n. 262 cit. (punto 5.3 *cons. dir.*, terzo cpv)].

Lasciando per il momento da parte la considerazione per cui, come non raramente accade, da una parte si è ritenuto in tutto od in parte inconferente [P.F. BRESCIANI, 2024; L. BUSATTA, 2024; C. CARUSO, 2024] e dall'altra, all'opposto, assolutamente fondamentale tale specifico precedente giurisprudenziale [A. CANDIDO, 2024], resta ad ogni modo il fatto che la sopradetta procedura finisce per incidere su diritti “personalissimi” – quali, ad esempio, quello alla vita, all'integrità fisica ed alla autodeterminazione sul proprio corpo [M.G. NACCI, 2023; L. CHIEFFI, 2024; G. RAZZANO, 2024 e 2025] – la cui disciplina sostanziale non potrebbe che essere demandata, in prima battuta, alla potestà esclusiva dello Stato, appunto in materia di «ordinamento civile».

Solo una volta esplicitosi l'intervento legislativo statale, la successiva predisposizione dei servizi in tema di tutela della salute da parte delle singole realtà sanitarie regionali rinverrebbe, quindi, la propria giustificazione nel carattere delle complessive prestazioni richieste dal suicidio medicalmente assistito (e sembrerebbe francamente forzoso sostenere il contrario): le quali – mirando a scongiurare le intollerabili sofferenze fisiche e psicologiche derivanti da un più lento processo del morire – resterebbero, pur sempre, atti aventi natura medica [*contra*, M.G. NACCI, 2023; A. CANDIDO, 2024; G. RAZZANO, 2024 e 2025]; e ciò, soprattutto, laddove si assuma una nozione estensiva di diritto alla salute il quale «secondo la costante giurisprudenza di questa Corte, va inteso ‘nel significato, proprio dell'art. 32 Cost., comprensivo anche della salute psichica oltre che fisica’ (sentenza n. 251 del 2008; analogamente, sentenze n. 113 del 2004; n. 253 del 2003) e ‘la cui tutela deve essere di grado pari a quello della salute fisica’ (sentenza n. 167 del 1999)» [sent. n. 162/2014 (punto 7 *cons. dir.*, primo cpv)] (sul punto, comunque, si tornerà anche, *infra*, in occasione della risposta all'ultimo quesito).

Alla luce di tali – pur stringate, come la presente occasione impone – osservazioni, sarebbe insomma possibile concludere che una legge regionale emanata in materia di fine-vita prima del legittimo esercizio della potestà esclusiva statale sul punto, andrebbe considerata affetta da vizio di incompetenza per violazione dell'art. 117, comma 2, *lett. l)* cit.

Da tale ultima affermazione non può logicamente-cronologicamente che conseguire la negativa risposta almeno al secondo, quarto e quinto dei prospettati quesiti in ordine, rispettivamente, alla possibile applicazione del c.d. principio di cedevolezza invertita, alla disciplina dell'accesso al suicidio medicalmente assistito attraverso atti amministrativi regionali nonché alla eventualità di un assetto normativo dell'aiuto

medico al suicidio variabile da Regione a Regione. Ciò a motivo del fatto che tutti i richiamati quesiti devono variamente muovere dalla medesima premessa per cui – contrariamente a quanto qui sostenuto – non solo *a*) la precedenza sul punto spetterebbe alla materia della «tutela della salute» ma, pure: *b*) che la Regione potrebbe legittimamente esercitarla nonostante la mancanza dei principi fondamentali della materia previamente dettati dallo Stato a norma dell'art. 117, comma 3, cit.; *c*) che l'intervento legislativo regionale così effettuato in assenza di un'espressa determinazione statale dei L.E.P. in tal senso non violi l'art. 117, comma 2, *lett. m*), cit.

Pur volendo per un momento mettere astrattamente da parte l'assorbente lesione dell'art. 117, comma 2, *lett. l*) cit. (che qui, invece, si sostiene), né la premessa *sub b*) né, tantomeno, quella *sub c*) appaiono, a parere di chi scrive, costituzionalmente incontroverse.

Volendo concentrarsi adesso solo sulla premessa *sub b*) [di quella *sub c*) si proverà a dire in occasione del quinto quesito), la possibilità che una legge regionale possa intervenire sul campo – per quanto finemente argomentata [P.F. BRESCIANI, 2023 e 2024; C. CARUSO, 2024] – non si ritiene possa sottrarsi alla violazione dell'art. 117, comma 3, cit. [A. CANDIDO, 2024; G. RAZZANO, 2024; A. LO CALZO, 2025].

Da quest'ultimo punto di vista, difatti, si ritiene che sussistano non pochi ostacoli che qui di seguito si prova, senza pretesa di esaustività, ad elencare (solo per schematici punti logicamente-cronologicamente concatenati): 1°) non ammissibilità per la legge regionale di desumere i principi fondamentali “mancanti” da una pronuncia costituzionale [L. BIANCHI, 2024; G. RAZZANO, 2025]; 2°) ammissibilità per la legge regionale di desumere i principi fondamentali “mancanti” ma non auto-applicatività del *decisum* costituzionale [G. RAZZANO, 2025]; 3°) auto-applicatività del verdetto costituzionale ma “invenzione” *ex post* di taluni principi non previamente esistenti [P.F. BRESCIANI, 2023; M.G. NACCI, 2023; A. CANDIDO, 2024; G. RAZZANO, 2025]; 4°) non “invenzione” *ex post* ma non attuabilità di taluni principi fondamentali giurisprudenziali senza che l'esercizio della competenza regionale sul profilo organizzativo-procedurale sconfini su quello sostanziale [A. SCALERA, 2025; A. LO CALZO, 2025]; 5°) attuabilità di taluni principi fondamentali giurisprudenziali ma non fedele (e, perciò, costituzionalmente illegittima) attuazione mediante le norme organizzativo-procedurali della Regione [C. CARUSO, 2024; A. LO CALZO, 2025; B. VIMERCATI, 2025].

A rigore in conclusione – sia che si voglia sul punto assumere la prevalenza della materia di potestà esclusiva statale dell'«ordinamento civile e penale» (qui patrocinata) sia che si intenda, all'opposto, riconoscerla alla materia di potestà concorrente della «tutela della salute» – la legge regionale che abbia anticipato l'intervento statale in tema di fine-vita potrebbe andare, comunque, incontro ad una declaratoria d'incostituzionalità per vizio di incompetenza.

Premetto che preferirei partire da un inquadramento concettuale dei profili in esame più attinenti al tema del “fine vita” in generale, più che del “suicidio assistito” che rimanda inevitabilmente alla fattispecie penale disciplinata dall’art. 580 del vigente Codice penale.

È in questa ottica che a mio avviso si possono affrontare meglio, attraverso tecniche assiologiche valoriali, le delicate questioni ermeneutiche che dovessero coinvolgere le antinomie fra legge statale e regionale e porre sotto una diversa luce le proposte di legge regionale sulla regolamentazione di un fenomeno che oggi si sviluppa sempre più nel campo delle esperienze medicalizzate. Il progresso nel campo biomedico ha infatti dilatato il naturale processo del “morire”, dove le persone sono sempre meno libere di prendere decisioni a riguardo delle modalità e ai tempi della propria morte (si riprendono sul punto le prime note in materia che possono risalire a, S. Seminara, *Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia*, in RIDPP, 1995, 676). Da qui il rischio di favorire pratiche compassionevoli e clandestine, con tutti i conseguenti rischi giudiziari in capo a chi si prenda cura dei pazienti che vorrebbero porre fine alle proprie sofferenze con dignità. Visto il tema sotto questo diverso angolo prospettico il riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni previsto dall’art. 117 della Costituzione italiana, va affrontato ermeneuticamente tenendo conto della necessità di offrire concreta protezione ai “diritti” (assistenziali) di soggetti che versano in condizioni di particolare debolezza.

Se dunque in forza del riparto costituzionale delle competenze, rientrano tra le materie di *esclusiva* competenza statale (art. 117, comma 2), sia l’ordinamento civile e penale, che la tutela dei livelli essenziali concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti in forma unitaria sull’intero territorio nazionale, mentre la “salute” è materia *concorrente* (art. 117, comma 3), dove lo Stato dovrebbe limitarsi a dettare i principi fondamentali attraverso le sue leggi cornice, proprio questo è il campo in cui potrebbe esserci spazio per la legislazione regionale. Infatti, attraverso la legislazione regionale in materia “sanitaria” si potrebbero disciplinare, non tanto le ipotesi di scriminante al reato di cui all’art. 580 c.p. (che resterebbe compito esclusivo del legislatore statale), quanto una regolamentazione di pratiche volte a soddisfare specifiche richieste di assistenza a forme di “*eu-tanasia*” avanzate da pazienti sottoposti a cure inefficaci a porre rimedio né fine al dolore e alle sofferenze ed essere così accompagnati, sul piano assistenziale, nel “processo del morire”. Fase questa che, per quanto la si voglia ignorare, resta pur sempre, seppur come segmento finale, consustanziale alla vita stessa. *Id est* una fase che non può essere considerata del tutto estranea ai bisogni di assistenza discendenti dal diritto alla salute intesa come assistenza sanitaria ed al relativo diritto (sociale-fondamentale) costituzionalmente sancito.

L’attuale disciplina normativa del “suicidio assistito”, invece, asetticamente esaminata dal suo versante di rilevanza penale, finirebbe per rientrare certamente nel campo della potestà legislativa esclusiva statale che disciplina il reato di istigazione o aiuto al suicidio, previsto nel Libro II, Titolo XII, Capo I (“Dei delitti contro la

persona”) del codice penale e qualificato come delitto contro la vita e l’incolumità individuale. Ma la sua intima *ratio legis* e la stessa collocazione storica di tale disposizione, mal si concilia con le nuove frontiere aperte dalla medicina e dalla possibilità di consentire il prolungamento del ciclo vitale di taluni organi, ma che, al contempo, possono travolgere la piena vitalità di un individuo, al punto da rendere allo stesso inaccettabile la sua condizione di assoluta dipendenza dai trattamenti a cui è sottoposto. Da qui la rilevanza che assume la competenza concorrente regionale in relazione alla “tutela della salute” laddove si prenda in considerazione una serie di esigenze di assistenza (sanitaria) volte a offrire risposte a persone malate in grado di decidere *se, come e quando* anticipare la propria morte. Altrimenti consegnando ogni iniziativa sanitaria sia di natura palliativa, ma anche compassionevole, alla assoluta illegalità e clandestinità.

Un’apertura in tal senso a me pare possa trarsi anche da una ancor più recente decisione della Corte costituzionale dello scorso luglio (si veda la sent. n. 132 del 25 luglio 2025 relatore S. Petitti) laddove, chiamata a giudicare della costituzionalità dello stesso art. 579 c.p. (ipotesi diversa e più grave dell’assistenza al suicidio di cui all’art. 580), come devoluta dall’ordinanza di rimessione del Tribunale di Firenze, si è così espressa: “*«la punibilità della condotta del terzo impedirebbe al malato di attuare la propria scelta di fine vita per il dato meramente accidentale dell’incidenza della patologia sull’uso degli arti, venendosi in tal modo a determinare un’irragionevole disparità di trattamento rispetto ai pazienti che tale uso abbiano conservato e producendosi altresì una lesione del diritto del malato all’autodeterminazione»*. Certo si tratta di una decisione processuale di mera inammissibilità della questione in carenza di una motivazione adeguata e conclusiva in merito alla reperibilità di un dispositivo di autosomministrazione farmacologica azionabile dal paziente che abbia perso l’uso degli arti, ma la delicata tematica come affrontata dalla Consulta sembra non ignorare il complessivo rilievo dell’”eutanasia” che, a mio avviso per le sue più vaste implicazioni dovrebbe essere tenuta ben lontana sul piano teleologico dalle specifiche fattispecie penali dell’omicidio del consenziente, o dell’istigazione o aiuto al suicidio che presuppongono sempre una condotta commissiva o omissiva in danno e non a vantaggio del soggetto passivo del reato.

Il maggior raggio di una pratica assistenziale di tipo “eutanasico”, a mio avviso, non potrebbe non beneficiare della significativa perimetrazione ermeneutica imposta dalla Corte costituzionale con la sentenza, di tipo interpretativa-additiva n. 242/2019 e, più recentemente, con la sentenza n. 135/2024 che hanno sostanzialmente integrato i significati normativi delle fattispecie penali, prevedendo specifiche condizioni di non punibilità. Ma ciò che manca è la regolazione di tale fenomeno nel quadro delle vere e proprie forme di “assistenza”. Tema su cui neanche il Parlamento che ha di recente quasi ultimato il disegno di legge volto a recepire espressamente nel corpo dell’articolo 580 del Codice penale quanto di fatto già vive attraverso i significati normativi etero-imposti in ragione dell’efficacia delle sentenze di accoglimento della Consulta. Ecco allora che il tema del coinvolgimento dei servizi sanitari e della presa in carico da parte di tali strutture delle scelte sul fine vita, è lo spazio in cui potrebbe legittimarsi

l'intervento legislativo regionale in termini suppletivi e sussidiari del legislatore statale, ma anche in termini di risposta alla domanda di assistenza da parte del paziente/utente.

GIAN LUCA CONTI

La prima delle domande che ci è stata posta riguarda la legittimità costituzionale delle proposte di legge regionale e delle leggi regionali (in realtà, solo la regione Toscana ha regolamentato la materia con la legge reg. 16/2025, impugnata dinanzi alla Corte costituzionale dal governo con il ricorso 20/2025, in GU, Prima serie speciale, 28 maggio 2025, n. 22: Emilia Romagna e Puglia hanno regolato la materia in via amministrativa) alla luce del riparto costituzionale della competenza normativa fra Stato e regioni.

In particolare, ci viene chiesto entro quale perimetro le regioni possono regolamentare in via primaria la materia tenuto conto dei limiti imposti dal rispetto della competenza esclusiva dello Stato in materia di ordinamento civile e penale (art. 117, secondo comma, lett. l), in punto di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale (art. 117, secondo comma, lett. m), nonché della materia di competenza concorrente relativa alla tutela della salute prevista dall'art. 117, terzo comma, Cost.

Per rispondere a questa domanda, sono necessarie alcune premesse. La prima è di carattere etico: chi scrive è fermamente convinto che la materia del fine vita riguardi esclusivamente la persona che decide di non poter più vivere e che non sia eticamente giustificabile un giudizio di disvalore che riguardi il valore della vita da parte di una persona diversa da quella che lo formula.

Il valore della vita è diverso per ciascun individuo e ciascun individuo ha il diritto personalissimo ed esclusivo di decidere quale sia il valore della propria vita, non anche quale sia il valore della vita di altre persone: vale per l'omicidio in cui il disvalore è appunto nel privare una persona della vita contro la sua volontà e per il suicidio in cui non vi può essere alcuna formulazione di disvalore, ma anche per l'istigazione o l'aiuto al suicidio in cui il disvalore è nella necessità di preservare al massimo grado la libertà di autodeterminazione dell'individuo.

Il principio costituzionale per cui la Repubblica non tollera la pena di morte è anche questo: la Costituzione non consente al legislatore di privare coloro che sono colpevoli di determinati reati della vita perché la vita delle persone non appartiene allo Stato.

La seconda premessa riguarda il faticoso e complesso cammino della Corte che conduce, da ultimo, alla sentenza 66/2025 e le cui tappe sono ben note ai lettori di questo forum: la Corte costituzionale non ha, sicuramente, affermato l'esistenza positiva di un diritto al trattamento di fine vita, si è limitata ad affermare alcune condizioni che rendono non punibile il comportamento di colui che aiuta una certa persona a porre termine alla propria vita consentendole di realizzare materialmente il suicidio.

In altre parole, la Corte costituzionale ha riconosciuto che in determinate circostanze l'ingerenza nella commissione del suicidio da parte di una terza persona non determina alcuna lesione di un bene meritevole di protezione, ovvero ha riconosciuto che in determinate circostanze è possibile condividere attivamente il giudizio di disvalore sulla propria vita formulato dall'unica persona che lo può formulare e che, quindi, in queste circostanze, la vita non è un bene costituzionalmente meritevole di protezione mentre meritevole di promozione e di sostegno è la volontà di chi intende porvi termine per sottrarsi a sofferenze che considera insopportabili.

Questo significa che ogni valutazione inerente all'ordinamento civile e penale (lett. 1) è stata svolta dalla Corte costituzionale nel momento in cui ha definito le condizioni alle quali deve essere espresso il consenso da parte di colui che intende accedere al trattamento di fine vita (ordinamento civile) e ha affermato le condizioni alle quali non è punibile colui che offre il proprio sostegno nella somministrazione di tale trattamento (ordinamento penale).

La terza premessa riguarda il valore di queste sentenze sul piano della forma di Stato: non vi è dubbio che il riconoscimento dell'ammissibilità del trattamento di fine vita riguarda l'individuazione di un diritto costituzionale, di una libertà costituzionale, sinora sconosciuto al testo della Costituzione e persino impensabile nel momento in cui la Costituzione è stata scritta.

Il diritto a porre termine alla propria esistenza, sia pure nelle condizioni analiticamente individuate dalla giurisprudenza costituzionale e da ultimo precisate in Corte cost. 66/2025, innova profondamente il modo in cui la Costituzione repubblicana dà forma alla sovranità svelando una nuova dimensione del principio personalista: la piramide rovesciata di Aldo Moro, che è la più bella definizione di forma di Stato che si possa dare, non si limita a promuovere l'individuo nella realizzazione della propria personalità, ma tutela la volontà individuale anche dinanzi alla suprema livellatrice, consentendo alla persona di rifiutare le sofferenze che impediscono alla persona di essere altro che pura sofferenza.

Vi è un che di ipocrita nel limitare il valore di questa giurisprudenza sul piano penalistico: la verità è che la Corte, nel suo incessante lavoro di collegamento evolutivo fra la forma di Stato e la forma di governo nel mutare della dimensione sociale dei valori costituzionali e delle credenze che li sorreggono, ha definito un nuovo diritto fondamentale, affatto sconosciuto al testo costituzionale ma implicitamente contenuto nei valori della Costituzione.

E, vale la pena sottolineare, questo compito non avrebbe potuto essere svolto in questi termini dal legislatore ordinario ma poteva essere realizzato unicamente dalla Corte costituzionale ovvero dalla funzione di integrazione costituzionale che è divenuta la sua ragione d'essere. O, forse, dal legislatore costituzionale se il circuito della politica fosse capace di affrontare serenamente questioni che riguardano l'essere umano nella sua nudità più estrema.

Il legislatore ordinario avrebbe potuto disegnare diversamente la responsabilità penale di coloro che concorrono a rafforzare o attuare il proposito di chi intende porre termine alla sua vita, avrebbe potuto definire le cure da somministrare in questi casi, ma

non avrebbe potuto integrare il catalogo dei diritti fondamentali, che è quello che invece è accaduto per effetto della giurisprudenza costituzionale sul fine vita.

La quarta premessa è che una volta che un diritto fondamentale viene posto a livello positivo spetta al circuito della decisione politica definire le condizioni alle quali quel diritto deve essere reso effettivo in termini uniformi per tutti e su tutto il territorio nazionale ovvero modellarsi su una autonomia territoriale nel caso in cui la sua realizzazione ponga problemi di differenziazione anziché di uniformità.

Ma una cosa è stabilire un diritto fondamentale, un'altra definire i livelli essenziali delle prestazioni necessarie a realizzarlo. La Corte costituzionale, in 192/2024, vedi particolarmente il 14 del Considerato in diritto, ha precisato con chiarezza che l'individuazione di un diritto fondamentale non ha niente a che vedere con la determinazione dei livelli essenziali ed è ben diverso il tipo di sindacato che spetta alla Corte nell'uno e nell'altro caso. Nella definizione di un diritto, il sindacato è essenzialmente negativo perché la Corte ha il compito di annullare le norme che lo violano mentre nella definizione dei livelli essenziali è il circuito della decisione politica che deve stabilire che cosa deve essere assicurato perché il diritto fondamentale sia effettivamente oggetto di una piena appropriazione da parte del suo titolare e il sindacato della Corte ha per oggetto essenzialmente una questione di competenza.

La ripartizione delle competenze, perciò, non riguarda la definizione dei diritti fondamentali che non è né una competenza dello Stato né una competenza regionale perché riguarda il circuito delle decisioni costituzionali e non quello delle decisioni politiche cui invece spetta la corretta e variabile implementazione dei diversi diritti fondamentali riconosciuti nel tessuto costituzionale.

Il circuito delle decisioni politiche perciò riguarda l'attuazione dei diritti fondamentali, che seguono il riparto delle competenze che caratterizza l'assetto delle relazioni fra sovranità e autonomie regionali nel titolo V della Seconda parte della Costituzione.

Tale riparto di competenze si basa sulla necessità di tenere insieme le esigenze di uniformità che si innervano sulla sovranità e le esigenze di differenziazione che consentono a una comunità territoriale di appropriarsi di un diritto fondamentale secondo dinamiche che la crisi della rappresentanza politica ha reso più incandescenti che nel passato. L'esistenza di partiti politici radicati sul territorio nazionale e portatori di una ideologia unificante sposta il pendolo dell'attuazione dei valori costituzionali verso la dimensione nazionale. Al contrario la disgregazione di questi partiti e della loro capacità di esprimere orizzonti ideali condivisi a livello nazionale aumenta la spinta verso il basso che è caratteristica del principio di autonomia.

La sussidiarietà vive anche di questo: non è semplicemente un criterio di organizzazione del potere fondato sul valore della persona e per il quale l'individuo deve espandere al massimo la propria capacità di decidere se questo non è impedito dalla natura superindividuale della decisione che deve essere adottata. È soprattutto la risposta della forma di governo all'inarrestabile declino della capacità dell'art. 49, Cost. di tenere insieme forma di governo e forma di Stato.

Sulla base di queste premesse, è possibile rispondere alle domande che ci sono state poste. Non spetta né alla legge dello Stato né alla legge regionale definire il nucleo fondamentale di un diritto della persona. Spetta alla Costituzione come interpretata e integrata dalla Corte costituzionale.

Di conseguenza, il problema vero da capire per affrontare con serietà la questione del riparto di competenza Stato – regione è la definizione del nucleo fondamentale del diritto al fine vita e questo diritto può essere definito nei seguenti termini: nessuno può essere privato della libertà di stabilire il valore della sua vita.

Così definito il nucleo essenziale di questo diritto, vi sono due corollari. Da una parte, tutti hanno diritto alla piena assistenza fino al momento in cui ritengono che la propria vita meriti di essere vissuta. D'altra parte, tutti hanno diritto alla piena assistenza nel momento in cui ritengono che la loro vita non merita più di essere vissuta.

Il primo corollario ha a che vedere con la tutela della salute, perché consiste delle prestazioni necessarie a conservare la capacità vitale dell'organismo umano.

Il secondo corollario non ha niente a che vedere con la tutela della salute perché consiste delle prestazioni necessarie ad adeguare la morte di un individuo alla sua volontà, a renderla, nei limiti del possibile, piena ed estrema espressione della sua personalità.

Il primo corollario si colloca facilmente nel terzo comma dell'art. 117 (tutela della salute) ed evoca la definizione dei livelli essenziali di cui alla lettera m) del secondo comma.

Il secondo corollario cade piuttosto nell'ampia area del principio di eguaglianza ed evoca una prestazione dello Stato volta a impedire che vi siano discriminazioni nell'accesso alla fine della sofferenza, ma non trova una facile collocazione nell'ambito del riparto Stato – regioni, perché se, come si è appena detto, si può considerare diritto alla salute la pretesa di porre fine a qualsiasi sostegno vitale, di dire no alla prosecuzione di cure che come si ha diritto di ricevere si ha anche il diritto di rifiutare, qui vi è qualcosa in più e di profondamente diverso: la pretesa di ottenere dalla Repubblica l'aiuto necessario per morire come si vuole morire e non come vorrebbe che si morisse una malattia tanto crudele quanto cieca.

Questa pretesa è un diritto sociale perché ha a che fare con la protezione del diritto di ogni individuo a vivere divenendo la persona che intende essere e, perciò, a morire come la persona che era quando poteva decidere autonomamente della propria vita.

Nemmeno è facile evocare i limiti di cui a 117, secondo comma, lett. l) perché tali limiti (l'ordinamento civile quanto alla tutela del consenso che deve essere espresso; l'ordinamento penale quanto alla misura della tutela penale di questa libertà) riguardano aspetti secondari e conseguenti rispetto all'attuazione del valore che qui è il gioco.

Di qui, la risposta alla prima domanda: non vi è nel riparto di competenze di cui all'art. 117, Cost. un palese ostacolo alla disciplina regionale sul fine vita che, perciò, potrebbe non essere considerata incostituzionale dalla Corte quando il ricorso in via principale del governo avverso la legge regionale della Toscana andrà in decisione.

Ma anche la risposta alla seconda domanda che ci chiede se il principio di cedevolezza invertita non possa essere evocato a giustificazione degli interventi

regionali: una volta che dalla giurisprudenza costituzionale è possibile ricavare un principio costituzionale che protegge la libertà di scelta anche della propria morte dinanzi a sofferenze oggettivamente reputate intollerabili, il riparto di competenze di cui all'art. 117, Cost. cede rispetto al valore della sussidiarietà di cui all'art. 118, Cost. e la sussidiarietà se spinge verso la dimensione statale l'attuazione in via primaria del diritto alla fine della sofferenza, tuttavia non consente di affermare specularmente che, nel silenzio del legislatore statale, politicamente incapace di aggregare una maggioranza di governo nella definizione di una disciplina uniforme sull'intero territorio nazionale su un tema profondamente divisivo, la legge regionale sarebbe incostituzionale.

Da una parte, infatti, il valore della cedevolezza invertita deve essere letto alla luce del principio di sussidiarietà interpretato come una norma di organizzazione che bilancia la rappresentanza come vicinanza alla comunità che subisce gli effetti della decisione politica o che vive l'attuazione di tale decisione in via amministrativa con la rappresentanza come strumento di unità della comunità politica. In questa logica, la sussidiarietà spinge verso l'alto quelle decisioni che il livello superiore è in grado di assumere, non costringe il livello superiore a subire le conseguenze della inerzia di chi dovrebbe provvedere (in analoghi termini, Consiglio di Stato, Sez. V, 7124/2024).

Dall'altra parte, le norme di organizzazione e le norme sulla competenza sono anche norme di attuazione dei diritti fondamentali di talché l'annullamento di una norma sull'organizzazione che ha per oggetto l'attuazione di un diritto fondamentale ridonda in violazione di quel diritto fondamentale e la Corte costituzionale (ancora 192/2024) ha chiaramente affermato che nell'attuazione di un diritto fondamentale il suo sindacato ha per oggetto l'annullamento di quelle norme – non importa se statali o regionali – che lo violano.

Da questo punto di vista, la Corte costituzionale dinanzi alla legge regionale toscana sul fine vita si trova di fronte non tanto al riparto di competenze fra Stato e regione quanto a quei cittadini che, in Toscana, si sono legittimamente rivolti al servizio sanitario per ottenere l'accertamento delle condizioni che consentono loro di accedere a una morte dignitosa e sembra davvero irragionevole ipotizzare il diniego di questo loro diritto per effetto di una pronuncia dello stesso giudice che ha ritenuto di assolvere chi, nelle stesse condizioni, ha prestato il suo aiuto ad altri cittadini nelle loro stesse condizioni.

ANTONELLO LO CALZO

Dare una risposta al quesito sulla legittimità costituzionale delle iniziative legislative regionali in materia di suicidio medicalmente assistito non è agevole. La due domande qui formulate costituiscono una il presupposto dell'altra, quindi per tentare di dare una risposta alla prima occorre partire dall'analisi della seconda.

Il quadro delle competenze legislative che possono venire in gioco quando si affronta un tema complesso come quello del fine vita è articolato su livelli distinti. Da una parte, come accennato, l'intervento legislativo potrebbe cadere in ambiti di

competenza esclusiva del legislatore statale, per cui sarebbero da considerare illegittime tutte quelle iniziative legislative regionali – da ultimo quella approvata dalla Regione Toscana con la legge 14 marzo 2025, n. 16 – che in qualche modo vanno a regolare profili riconducibili all’“ordinamento civile e penale” o alla “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”. Dall’altra, a venire in gioco sarebbe una competenza di tipo concorrente, ove si volessero ricondurre tali interventi legislativi alla “tutela della salute”, per cui le Regioni avrebbero la possibilità di intervenire al riguardo, ma nel rispetto dei principi fondamentali della materia fissati dal legislatore statale.

Ad opinione di chi scrive, si tratta di ambiti competenziali che procedono su piani paralleli, per cui risolvere nel senso della riconducibilità di una legge in tema di fine vita al primo (quello della competenza esclusiva dello Stato) o al secondo (quello della competenza concorrente) implica soluzioni distinte in termini di “spazi” che l’ordinamento può riconoscere a favore di un intervento “decentrato”.

Ove ci trovassimo nell’ambito della competenza esclusiva dello Stato, è chiaro che alle Regioni non potrebbe essere riconosciuto alcun margine di intervento legislativo, visto che a prevalere sarebbero prioritarie esigenze di uniforme godimento dei diritti sul territorio nazionale. E ciò sia che si parli delle implicazioni penali della sentenza della Corte costituzionale 22 novembre 2019, n. 242, la quale si sarebbe limitata a fissare le condizioni in presenza delle quali l’aiuto al suicidio di cui all’art. 580 c.p. non può dar luogo a responsabilità penale, sia che si guardi alla fissazione delle condizioni minime di garanzia di determinanti diritti a prestazione, rispetto ai quali sarebbe il principio di eguaglianza ad imporre un intervento di omogeneizzazione da parte del Parlamento, quantomeno nella fissazione di un contenuto minimale delle garanzie.

Discorso diverso, invece, va fatto ove si ritenesse di collocare l’intervento legislativo in esame nella materia “tutela della salute”, perché in tal caso non ci troveremmo di fronte ad una preclusione “assoluta” per il legislatore regionale, ma solo “relativa”. In sostanza si tratterebbe di vagliare due ulteriori profili: se le Regioni abbiano o meno rispettato i principi fondamentali della materia e se la regolamentazione effettivamente adottata sia stata tale da non travalicare i limiti della mera organizzazione, attingendo così al contenuto, ai presupposti e alla sostanza del diritto.

La circostanza che questa opzione sia l’unica a lasciare un margine di intervento per le Regioni è comprovata dal fatto che anche il legislatore regionale toscano, nel Preambolo alla legge n. 16/2025, colloca il suo intervento proprio nella materia “tutela della salute” (asserzione contestata dal Governo, nel ricorso promosso in via principale contro la legge citata, in quanto la salute viene identificata non come materia rilevante, ma quale mero “antefatto concreto” rispetto alle decisioni sul fine vita e, quindi, alla possibilità di scriminare una condotta – quella dell’aiuto al suicidio – altrimenti penalmente rilevante).

La prima delle due questioni, all’apparenza abbastanza intuitiva, è nella pratica complicata dalla circostanza che, perdurante l’inerzia del legislatore statale, una legge

che fissi in modo chiaro i principi fondamentali ai quali il legislatore regionale debba attenersi non è stata mai adottata. All'interprete spetta, quindi, verificare se vi siano margini per poter ricavare in altro modo i suddetti principi.

Al riguardo può venire in "soccorso" il rinvio alla legge 5 giugno 2003, n. 131, la quale, all'art. 1, comma 3, prevede che «nelle materie appartenenti alla legislazione concorrente, le Regioni esercitano la potestà legislativa nell'ambito dei principi fondamentali espressamente determinati dallo Stato o, in difetto, quali *desumibili dalle leggi statali vigenti*» [in questo senso, v. C. DE LUCA, *Il suicidio medicalmente assistito: esiste una competenza legislativa regionale?*, in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, Torino, 2025, 243]. Tale rinvio potrebbe fornire un appiglio argomentativo alla tesi che vorrebbe i principi fondamentali individuati per mezzo di un'attenta opera di ricostruzione posta in essere dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242/2019. In particolare, non è corretto affermare che la Corte costituzionale si sarebbe sostituita al legislatore nella definizione dei principi fondamentali, in quanto essa si sarebbe soltanto limitata a ricavarli dalla legislazione vigente, in particolare attraverso il richiamo a quanto già espressamente previsto dalla legge 22 dicembre 2017, n. 219 in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento.

Il secondo criterio di valutazione della legittimità di un intervento regionale in materia di suicidio medicalmente assistito riguarda più strettamente i contenuti normativi. Il legislatore regionale non sarebbe libero di regolare ogni aspetto della materia, ma dovrebbe limitarsi alla definizione dei profili organizzativi e procedurali, senza poter incidere sulla sostanza e sulle condizioni per usufruire di determinate prestazioni [C. CARUSO, *Al servizio dell'unità. Perché le Regioni possono disciplinare (con limiti) l'aiuto al suicidio*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, 1/2024, 13]. In sostanza, dovrebbe limitarsi a dare attuazione ad una procedura già definita nelle sue linee essenziali all'esito delle sentenze della Corte costituzionale, ma, soprattutto, non potrebbe incidere in nessun modo sulla portata delle condizioni in presenza delle quali l'aiuto al suicidio non è punibile.

Questo margine astratto di intervento deve confrontarsi con un orientamento piuttosto restrittivo della Corte costituzionale. Come sottolineato dai commentatori più critici verso la possibilità di un intervento legislativo regionale sul fine vita [cfr. G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio, i rilievi dell'Avvocatura Generale dello Stato, le forzature del Tribunale di Trieste e della commissione nominata dall'azienda sanitaria*, in *Consulta online*, 1/2024, 69 ss.; A. CANDIDO, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni*, in *Consulta online*, 3/2024, 989 ss.], la Corte ha espresso in termini negativi la sua posizione nella sentenza 14 dicembre 2016, n. 262, dichiarando l'illegittimità di una legge del Friuli-Venezia Giulia che, a fronte della perdurante inerzia del legislatore statale, aveva inteso fornire a livello regionale una regolamentazione dei registri per la raccolta delle disposizioni anticipate di trattamento, materia nella quale il Giudice delle leggi ravvisava la necessità di uniforme regolazione su tutto il territorio nazionale. Anche se, ad un'analisi più puntuale, le circostanze su cui la Corte si era pronunciata nel 2016 non erano del tutto sovrapponibili a quelle delle

odierno leggi regionali sul fine vita, visto che queste “pretendono” di avere una portata meramente organizzativa, mentre nella regolazione regionale del registro delle DAT l’intervento decentrato era stato posto in essere in assenza di qualsiasi, anche minimale, determinazione legislativa dello Stato.

Per tornare alla risposta al quesito, può dirsi che, almeno in astratto, vi siano dei margini molto stretti per un intervento regionale in materia di fine vita. Ciò è determinato, in primo luogo, dalla necessità di ricondurre tale intervento ad un abito in cui la Regione sia dotata di una competenza legislativa quantomeno concorrente; in secondo luogo, accertata positivamente la prima condizione, si tratterebbe di verificare l’effettiva esistenza di un quadro di principi fondamentali, determinati in modo uniforme dallo Stato, cui il legislatore regionale debba attenersi e, infine, occorrerebbe vagliare l’effettiva portata organizzativa delle procedure regolate dalle leggi regionali, senza che queste possano in qualche modo apportare elementi innovativi sulle condizioni di accesso alle prestazioni.

Un vero e proprio “percorso ad ostacoli” che, se non chiude alla possibilità astratta di una regolamentazione regionale sul fine vita, rende difficilmente ponderabile in concreto le sorti di una legge adottata in tale contesto.

Può essere banale come risposta, ma la parola definitiva sulla praticabilità o meno di tale soluzione potrà essere data soltanto dalla Corte costituzionale, chiamata a pronunciarsi nell’ambito di un giudizio in via principale promosso dal Governo (sul quale ci si soffermerà nel rispondere alla Domanda III) in cui potrà sia dipanare l’intricato intreccio di competenze legislative in gioco, sia entrare nel merito della portata delle soluzioni normative elaborate dalla Regione Toscana, in modo da accertare se si tratti di interventi di mera organizzazione – che perseguono un apprezzabile fine di certezza dei diritti e dei tempi per la loro effettiva attuazione – o di interventi che alterano i rapporti di competenza legislativa, intaccando le condizioni di godimento di un diritto in violazione del principio di eguaglianza [cfr. E. ROSSI, *Le regioni di fronte all’inerzia del legislatore statale nella disciplina del suicidio assistito: un’ipotesi di «chiamata in sussidiarietà invertita»?*, in G. AMATO, F. BASSANINI, G. MACCIOTTA (a cura di), *Regioni sì, ma non così*, Bologna, 2025, 229].

GIOVANNA RAZZANO

Le proposte regionali di regolazione della materia del suicidio medicalmente assistito – in particolare la legge della Regione Toscana e da ultimo quella della Sardegna – sono a mio modo di vedere costituzionalmente illegittime. Ritengo che non vi siano margini di intervento per l’attività legislativa regionale in questo ambito. Tale “materia” concerne, infatti, ancor prima dell’art. 117, comma 2, lett. l) (ordinamento civile e penale), dell’art. 117, comma, 2 lett. m) (livelli essenziali) e dell’art. 117, comma, 3 Cost. (tutela della salute), il diritto alla vita, riconducibile all’art. 2 Cost. e all’art. 2 CEDU, e riguarda, dunque, gli stessi fondamenti dell’ordinamento giuridico, trattandosi di «un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale e rispetto al quale vanno

con fermezza preclusi tutti i possibili abusi» (Corte cost., sent. n. 242/2019). La Corte costituzionale ha altresì ricordato che il bene della vita – evidentemente violato dall'aiuto al suicidio e dall'omicidio del consenziente, reati normati nel titolo XII del libro secondo del cod. pen., rubricato «Dei delitti contro la persona» - *«si colloca in posizione apicale nell'ambito dei diritti fondamentali della persona», e che il relativo diritto è «da iscriversi tra i diritti inviolabili, e cioè tra quei diritti che occupano nell'ordinamento una posizione, per dir così, privilegiata, in quanto appartengono – per usare l'espressione della sentenza n. 1146 del 1988 – “all'essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana” (sentenza n. 35 del 1997)»* (Corte cost., sent. n. 50/2022).

Da questo discendono obblighi che gravano sullo Stato derivanti dalla Costituzione e dalla CEDU. Infatti, *«l'affermazione del dovere dello Stato di tutelare la vita umana è stata alla base della decisione di inammissibilità di un referendum abrogativo, il cui esito positivo sarebbe stato quello di lasciare la vita umana in una situazione di insufficiente protezione, in contrasto con gli obblighi costituzionali e convenzionali menzionati»* (Corte cost., sent. n. 135/2024).

Di recente, poi, a proposito di un altro tema, quello del regionalismo differenziato, la Corte costituzionale ha avuto modo di precisare (sent. n. 192/2024) che *«la nostra democrazia costituzionale si basa sulla compresenza e sulla dialettica di pluralismo e unità, che può essere mantenuta solamente se le molteplici formazioni politiche e sociali e le singole persone, in cui si articola il “popolo come molteplicità”, convergono su un nucleo di valori condivisi che fanno dell'Italia una comunità politica con una sua identità collettiva. In essa confluiscono la storia e l'appartenenza a una comune civiltà, che si rispecchiano nei principi fondamentali della Costituzione»*. Ne discende che *«l'unità del popolo e della nazione postula l'unicità della rappresentanza politica nazionale. Sul piano istituzionale, questa stessa rappresentanza e la conseguenziale cura delle esigenze unitarie sono affidate esclusivamente al Parlamento e in nessun caso possono essere riferite ai consigli regionali»*. Di conseguenza, *«la vigente disciplina costituzionale riserva al Parlamento la competenza legislativa esclusiva in alcune materie affinché siano curate le esigenze unitarie (art. 117, secondo comma, Cost.), e gli affida altresì dei compiti unificanti nei confronti del pluralismo regionale, che si esplicano principalmente attraverso la determinazione dei principi fondamentali nelle materie affidate alla competenza concorrente dello Stato e delle regioni (art. 117, terzo comma, Cost.)»*.

Gli interventi legislativi regionali in materia di suicidio assistito possono pertanto ritenersi costituzionalmente illegittimi per i seguenti motivi:

- la questione del suicidio assistito coinvolge innegabilmente anche il diritto alla vita e attiene ai principi supremi e ai diritti inviolabili riconosciuti dalla Costituzione, *«nucleo di valori condivisi che fanno dell'Italia una comunità politica con una sua identità collettiva»*;
- dal diritto alla vita discendono ineludibili doveri di tutela *in capo allo Stato*, obbligato da norme costituzionali e convenzionali;

- anche ammettendo, secondo un'ottica molto riduttiva, a nostro avviso inaccettabile, che la questione dell'aiuto medico a morire riguardi esclusivamente la materia "tutela della salute", di legislazione concorrente fra Stato e Regioni, rifiutandosi così di riconoscere che la questione - come mostra la stessa giurisprudenza costituzionale - interseca invece una pluralità di materie, occorre considerare la peculiarità di tale "aiuto", il quale è volto non già a curare, ma a procurare la morte. Non si tratta di una prestazione sanitaria come le altre, e non rientra nelle *finalità del servizio sanitario nazionale*, che sono definite dalla legge statale n. 833/1978.

- né vale obiettare che al suicidio assistito le Regioni fanno fronte con risorse "proprie", come livello di assistenza superiore ai LEA. Infatti per prestazioni "extra LEA" si intendono «prestazioni comunque afferenti al settore sanitario, ulteriori e ampliative rispetto a quelle previste dallo Stato» (Corte cost., sentt. n. 161 e 242 del 2022 e n. 201/2024). Il livello di assistenza sanitaria "superiore" non legittima le Regioni ad annoverare fra «le prestazioni» e «i trattamenti» l'aiuto medico a morire, che non rientra nell'«assistenza sanitaria», non cura, e non rientra fra le finalità del SSN.

- la legge toscana, così come quella sarda e le altre proposte di legge regionali disciplinano un vero e proprio *iter* volto ad ottenere il suicidio assistito, e benché si assicuri che rimangono nel tracciato della giurisprudenza costituzionale, senza ampliare l'area di non punibilità, di fatto *introducono delle nuove procedure, trasformando così l'aiuto al suicidio da reato non punibile in alcuni casi, a diritto ad ottenere una prestazione*. Una trasformazione non di poco conto, se si considera che ogni regolazione implica un'autorizzazione. Per molto meno, in passato, la Corte costituzionale ha dichiarato illegittime leggi regionali: ad esempio norme regionali disciplinanti modalità di rilascio del consenso informato (sent. n. 438/2008); procedure per la donazione degli organi, sebbene meramente riproduttive di disposizioni statali (sent. n. 195/2015); registri per le dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (sent. n. 262/2016), sebbene fosse previsto «un successivo adeguamento a seconda di quelle che saranno le disposizioni previste dalla normativa statale». In tutti questi casi non era in gioco, come invece nel caso di specie, che è più grave, la vita stessa dei pazienti, e neppure la punibilità o meno di chi avesse fornito l'aiuto per provocare la loro morte su richiesta.

In realtà bisognerebbe rivolgere almeno due domande a chi sostiene la legittimità di leggi regionali sull'aiuto al suicidio: se queste ultime fossero di stretta attuazione delle sentenze, al punto da rinviare al contenuto delle stesse, senza neppure ripeterne le parole, a cosa servono? Se, al contrario, "servono", perché introducono attività non annoverate fra le "prestazioni sanitarie", in quanto aventi finalità del tutto eterogenee rispetto a quelle individuate dalla legge statale istitutiva del SSN, come sostenerne la legittimità alla luce dei principi costituzionali e, in particolare, della stessa recente sentenza n. 192/2024 della Corte costituzionale? Inoltre: se si parte dal presupposto che

l'assistenza al suicidio sia un diritto, come rendere compatibile questo assunto con la collocazione della relativa prestazione fra quelle "extra LEA", che implica che la prestazione non sia essenziale, e neppure fruibile nelle Regioni in piano di rientro?

DAVIDE SERVETTI – CHIARA TRIPODINA

In premessa, va detto che tutte le iniziative legislative regionali aventi a oggetto la regolamentazione del suicidio medicalmente assistito, delle quali finora sola la l.r. Toscana n. 16 del 2025 è giunta ad approvazione, si auto-qualificano come attuative delle decisioni della Corte costituzionale intervenute in materia, nonché volte a dettare una disciplina transitoria, a fronte della mancata risposta del Parlamento al monito della Corte costituzionale, contenuto nell'ord. n. 207 del 2018 e nella giurisprudenza successiva, di dettare una compiuta disciplina in materia nell'esercizio della sua discrezionalità politica, pur "conformemente ai principi" dalla Corte stessa enunciati.

Ciò precisato, per indagare l'eventuale spazio di intervento delle Regioni negli interstizi lasciati liberi tra il silenzio del Parlamento e le parole della giurisprudenza costituzionale, vanno inquadrare preliminarmente le competenze sulle quali va a impattare la materia dell'aiuto al suicidio medicalmente assistito, rispetto al riparto *ex art. 117 Cost.*

La prima competenza a venire in considerazione è quella dell'ordinamento penale, di cui all'art. 117, comma 2, lett. *l*). La sentenza n. 242 del 2019 ha infatti modificato in modo importante la disciplina penale dell'aiuto al suicidio, stabilendo le condizioni – sostanziali e procedurali – alle quali il reato non è più punibile. Le condizioni sostanziali coincidono con le quattro situazioni che debbono contestualmente caratterizzare la persona che richiede di essere aiutata a suicidarsi: essere affetta da una patologia irreversibile; essere afflitta, a causa di ciò, da sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili; essere tenuta (o tenibile) in vita da trattamenti di sostegno vitale; essere capace di prendere decisioni libere e consapevoli. Le condizioni procedurali chiamano in causa l'amministrazione sanitaria, dovendo essere una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale ad accertare la sussistenza delle condizioni sostanziali e a verificare le modalità appropriate per l'esecuzione dell'aiuto medico al suicidio, previo parere del comitato etico territorialmente competente; è condizione procedurale anche il preventivo coinvolgimento della persona interessata in un percorso di cure palliative, che la Corte costituzionale qualifica come "pre-requisito" rispetto all'intrapresa di qualsiasi percorso alternativo. Tali condizioni procedurali si innestano, a loro volta, nel più ampio quadro della procedura medicalizzata di cui all'art. 1, comma 5, della l. 219/2017, che circonda di cautele e tutele l'esercizio del diritto al rifiuto delle cure.

Altre competenze su cui va a incidere la disciplina del suicidio medicalmente assistito sono l'ordinamento civile, i livelli essenziali delle prestazioni e la tutela della salute. L'ambito dell'ordinamento civile viene in rilievo con riguardo ai profili della capacità d'agire e della cosiddetta autodeterminazione terapeutica della persona, che

non vengono tuttavia innovati dall'intervento pretorio della Corte costituzionale; così come non viene introdotto in capo ai singoli professionisti sanitari alcun obbligo di assistenza al suicidio, restando affidata alla coscienza del singolo medico la scelta se prestarsi a "esaudire la richiesta del malato".

L'intervento del giudice costituzionale incide, invece, sull'esercizio del diritto alla salute, nella misura in cui introduce un duplice diritto in capo alla persona malata e, corrispondentemente, un duplice dovere in capo all'amministrazione sanitaria: il diritto di vedere accertate e il dovere di accertare la sussistenza delle condizioni sostanziali di malattia, sofferenza, trattamenti sanitari vitali, capacità di autodeterminazione terapeutica; il diritto di vedere verificate e il dovere di verificare le modalità appropriate di esecuzione del suicidio medicalmente assistito. Viene così aggiunto un nuovo contenuto pretensivo (e un nuovo livello essenziale di assistenza sanitaria) al diritto sociale alla salute, con ricadute sia sulla pratica clinica dei professionisti operanti presso il Servizio sanitario nazionale, sia sull'organizzazione dei servizi e dei processi assistenziali. (Sulla questione se sia stato introdotto anche un diritto all'assistenza medica al suicidio, cfr. risposta 6).

Benché non possa escludersi che in futuro, alla luce di questo intreccio di materie e in applicazione del criterio di prevalenza, la Corte costituzionale possa ritenere assorbiti dalla competenza statale anche gli spazi astrattamente disponibili alla potestà legislativa regionale sulla tutela della salute, e che il legislatore statale possa mutare l'area dei principi fondamentali sul fine vita (cfr. risposta 3), a oggi è difficile negare la praticabilità di interventi regolativi regionali, al fine di dare attuazione alla disciplina del suicidio medicalmente assistito per come dettata dalla Corte. Particolarmente, la disciplina "di dettaglio" delle procedure di accertamento delle condizioni sostanziali e di verifica delle modalità di esecuzione del suicidio medicalmente assistito, inerendo all'organizzazione e al funzionamento di servizi che attendono alla tutela della salute, pare configurare uno spazio normativo legittimamente praticabile dal legislatore regionale. Purché, naturalmente, nel rispetto dei principi fondamentali della materia ricavabili dall'ordinamento giuridico, di cui tanto la disciplina legislativa quanto la giurisprudenza costituzionale sono parte integrante.

Si deve invece certamente escludere che la legislazione regionale possa espandere o restringere le condizioni sostanziali che perimetrano la circoscritta area di non punibilità dell'aiuto al suicidio; o introdurre forme di assistenza sanitaria diverse dal suicidio assistito, prevedendo ad esempio forme di omicidio del consenziente; o, ancora, introdurre un dovere di assistenza al suicidio in capo ai singoli professionisti sanitari. Più controversa è la possibilità per la legge regionale di configurare in capo alle strutture del Servizio sanitario regionale un obbligo di erogare le prestazioni strumentali all'esecuzione del suicidio medicalmente assistito (sul punto, cfr. risposte 3 e 6).

II Domanda

In virtù del principio di cedevolezza invertita, per il quale l'intervento del legislatore regionale può colmare il mancato intervento di quello statale, può non dirsi violato il riparto di competenze evocato nella prima domanda?

STEFANO AGOSTA

Evidentemente introdotta dal legislatore regionale al fine di eludere qualunque possibile contrasto con un'eventuale legge-cornice statale sopravvenuta, tale clausola, com'è noto, dispone la cessazione dell'efficacia della normativa regionale dal momento in cui il Parlamento – mettendo fine alla propria annosa inerzia – dovesse finalmente riappropriarsi della propria competenza in materia, decidendo finalmente di legiferare [P.F. BRESCIANI, 2023; L. CHIEFFI, 2024]: l'attivazione automatica di tale meccanismo gioverebbe, insomma, a scongiurare qualsivoglia antinomia dovesse verificarsi tra la previa fonte regionale e quella successiva dello Stato nel senso dell'incondizionata prevalenza della seconda sulla prima, facendo in sostanza leva su una forma di abrogazione implicita a efficacia differita della fonte precedente [P.F. BRESCIANI, 2024; L. BUSATTA, 2024].

Muovendo evidentemente dal presupposto della previa esistenza di una potestà concorrente regionale su tale campo, quanti propendono per l'applicabilità di tale istituto hanno evidenziato la fitta trama di competenze che caratterizzerebbe l'ambito in esame ed il tangibile beneficio che, quindi, se ne avrebbe dall'azionabilità di una clausola proveniente dallo strumentario tipico del regionalismo collaborativo (nel senso, cioè, di rispettare la competenza statale su tale materia senza, per ciò solo, “congelare” l'intervento regionale fintantoché il Parlamento non abbia deciso di intervenire) [C. CARUSO, 2024]. A favore dell'estensione di siffatto meccanismo sembrerebbe militare, d'altro canto, anche una risalente giurisprudenza costituzionale la quale, sul punto, si sarebbe positivamente espressa (così, sent. n. 398/2006, con cui la Corte ha “salvato” la l.r. Friuli-Venezia Giulia n. 11/2005, *Disposizioni per l'adempimento degli obblighi della Regione Friuli-Venezia Giulia derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee. Attuazione della direttiva 2001/42/CE, della direttiva 2003/4/CE e della direttiva 2003/78/CE. Legge comunitaria 2004*) [P.F. BRESCIANI, 2023].

Venendo ad ogni modo al duplice presupposto richiesto per innescare tale istituto, nonostante esso imponga, “a monte”, che la Regione si sia attivata in esecuzione di un obbligo di intervento previamente individuato e, “a valle”, che essa abbia deciso di attivarsi su un campo che comunque costituzionalmente le spetti, non pare, però, che alcuna delle prescritte condizioni possa dirsi in questo caso soddisfatta [G. RAZZANO, 2025].

Con riferimento, in particolare, alla realizzazione di tale ultimo presupposto, a favore di un intervento “anticipatorio” da parte del legislatore regionale qui non potrebbe invocarsi la potestà concorrente *ex art.* 117, comma 3, Cost. [A. CANDIDO, 2024; B. VIMERCATI, 2025] [come, peraltro, ribadito dalla stessa Consulta con le sentt.,

rispettivamente, n. 262 già cit. che ha dichiarato l'incostituzionalità della l.r. Friuli-Venezia Giulia n. 4/2015, *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 n. 1/2019, con cui è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale della l.r. Liguria n. 26/2017, *Disciplina delle concessioni demaniali marittime per finalità turistico ricreative*] [L. BIANCHI, 2024; A. LO CALZO, 2025; B. VIMERCATI, 2025].

Come si è difatti detto in occasione del primo quesito, affinché il principio di cedevolezza invertita qui all'esame non violi il riparto di competenze evocato nella prima domanda bisognerebbe dare per realizzata una duplice condizione e, cioè, rispettivamente: 1) nella delicato ambito del fine-vita, la "posticipazione" della materia dell'«ordinamento civile e penale» di cui all'art. 117, comma 2, *lett. l*), Cost.] a fronte della corrispondente "anticipazione" di quella della «tutela della salute» *ex art.* 117, comma 3, *cit.*; 2) la legittimazione della Regione a legiferare nella perdurante assenza dei principi fondamentali della materia previamente introdotti dallo Stato con la propria legge-quadro. Già la prima condizione nondimeno – e, in subordine logico-cronologico, la seconda – può ritenersi non realizzata, con la conseguenza che la legge regionale sul punto apparirebbe, comunque, viziata per contrasto con l'art. 117, comma 2, *lett. l*), *cit.*

Per tale preliminare ed assorbente considerazione, in conclusione, si ritiene che il principio di cedevolezza invertita non potrebbe nemmeno invocarsi in una materia non costituzionalmente spettante alla Regione.

Solo per completezza potrebbe, ad ogni modo, aggiungersi che: 1) non sarebbe affatto scontata una specularità tra l'intervento regionale "cedevole" in caso di omissione statale e quello statale parimenti "cedevole" nell'inverso caso di inerzia regionale [L. BIANCHI, 2024]; 2) non possono tralasciarsi, infine, gli ostacoli cui la piena operatività di tale meccanismo rischierebbe di andare incontro, tanto in termini di certezza-prevedibilità applicativa quanto con riferimento al contesto dal quale simile istituto verrebbe trapiantato (che sarebbe poi quello, come si ricordava *supra*, assai diverso dell'adempimento degli obblighi eurounitari) [B. VIMERCATI, 2025].

CARLO CALVIERI

Il principio di cedevolezza invertita, così come elaborato sulla base della giurisprudenza costituzionale, di fatto consente alle Regioni di colmare il vuoto normativo e l'eventuale inerzia del legislatore statale, esercitando in via provvisoria ed eccezionale il potere legislativo, come *lex necessitatis et lex temporis*. Ma in generale ciò si ritiene consentito entro i limiti delle materie di competenza regionale, cioè quelle di competenza concorrente (come la *tutela della salute*) o residuale regionale, mentre molto più problematica sarebbe una sua applicazione su materie riservate alla competenza esclusiva statale (fra cui ordinamento civile e penale, nonché determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni).

Partendo da una tale doverosa premessa, sulla scorta di quanto risposto alla prima domanda, ritengo che un eccezionale intervento suppletivo regionale, potrebbe essere giustificato proprio in forza del principio di cedevolezza invertita, che partendo dalla materia concorrente (tutela della salute) potrebbe, pur con tutte le cautele del caso, legittimare un intervento normativo primario delle regioni in grado di regolare procedure, tempistiche e connesse responsabilità, volte a garantire un diritto, non quello di morire (che inciderebbe sull'indisponibilità del diritto alla vita astrattamente inteso), ma di poter decidere quando e come, in considerazione di una condizione di vita divenuta oramai (soggettivamente e spesso oggettivamente) intollerabile. Si potrebbero così regolamentare quelle modalità di assistenza necessarie e/o alternative all'interruzione dei trattamenti in corso sul paziente che, sul piano sanitario avrebbero il solo scopo di ritardarne l'inevitabile fine, senza ridurre le relative sofferenze. E ciò in un contesto che, proprio in ragione delle precisazioni offerte dalle sentenze interpretative di accoglimento della Consulta, si delinea come un "diritto a prestazione", da rendere accessibile in condizioni di eguaglianza e non discriminazione, sulla base di comprovate situazioni di estrema sofferenza fisica e psichica ed in favore di chi, pur desiderandolo, sia nell'impossibilità di procedere in autonomia.

Per la giurisprudenza costituzionale (Corte cost. n. 1/2019, n. 222/2020, n. 398/2006) l'intervento regionale è infatti legittimo solo in assenza di disciplina statale e limitatamente alle materie che la Costituzione attribuisce in via concorrente o esclusiva alle Regioni. Per cui anche la vigenza di una clausola di cedevolezza (così come applicata in materia di direttive comunitarie o regolamenti su servizi pubblici locali) resterebbe subordinata al rispetto dei confini materiali del riparto di competenza e difficilmente potrebbe consentire alle Regioni di legiferare su profili spettanti esclusivamente alla competenza dello Stato in un delicato settore come quello in esame.

I margini di intervento dovranno intendersi quindi, non in termini di un'illegittima sostituzione al legislatore penale, dato che nel campo della disciplina della materia attinente primariamente all'ordinamento penale e civile non vi sarebbe spazio per la competenza regionale, quanto piuttosto per offrire copertura al vuoto normativo, seppur sul piano della regolazione dei soli aspetti organizzativi del servizio sanitario, e sotto la guida dei principi generali dettati dallo Stato e, soprattutto, in coerenza con le ricadute applicative tratte dalla giurisprudenza costituzionale richiamata. Tanto è che proprio in ragione della colpevole inerzia del legislatore nazionale, per le Regioni si sono aperti spazi per tentare di disciplinare in concreto, nel rispetto dell'ampio settore di competenza concorrente attinente alla tutela della salute, quegli "aspetti organizzativi e procedurali" per l'attuazione dei principi fissati dalla Corte costituzionale, tentando di non invadere la materia penale e rispettare i livelli essenziali di assistenza da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Punto che a sua volta dovrebbe essere affrontato tentando un coinvolgimento, in chiave collaborativa ed attraverso strumenti di tipo negoziale o interistituzionale anche di altre Regioni, riducendo le asimmetrie su base territoriale ed attenuando, per quanto più possibile, l'ulteriore problema di compatibilità con il principio di uniformità e tutela dell'eguaglianza nell'accesso ai diritti fondamentali.

La questione così come posta, pur rimanendo al momento aperta e affidata (in assenza di legge nazionale) all'interpretazione della Corte costituzionale, potrebbe consentire concrete possibilità di intervento e coordinamento delle Regioni che, allo stato attuale della legislazione di principio (e da leggere nel nuovo perimetro delineato dalla sentenza n. 242 del 2019), potrebbero dar vita a normative primarie idonee a coinvolgere i rispettivi servizi sanitari.

In quest'ottica avrebbero concreto riscontro in termini assistenziali sia la somministrazione (per chi lo desideri) di cure palliative e di supporto al dolore, ma anche le domande di specifica assistenza a chi invece, in determinate e opportunamente vagliate condizioni, ritenga oramai intollerabile il proprio status terminale di vita. Un tale intervento legislativo regionale in entrambi i fronti sopra indicati, ben potrebbe individuare gli strumenti organizzativi e procedurali, provvedere alla formazione delle commissioni mediche incaricate della valutazione e predeterminare la tempistica dei procedimenti amministrativi per la verifica delle condizioni psicofisiche dell'interessato. Si tratterebbe di un segnale di civiltà, che si muove nel raggio delle competenze "sanitarie" latamente intese, estese eticamente alle peculiari esigenze avanzate da chi abbia deciso, nell'ambito dei propri diritti di assistenza, di rifiutare trattamenti sanitari orientati a mantenere la funzionalità di organi vitali, ma non sempre compatibili con le aspettative dell'assistito e con l'autodeterminazione a ottenere una fine coerente con le proprie intime esigenze di dignità. Interventi legislativi in grado di muoversi all'interno dell'organizzazione dei servizi destinati a soddisfare bisogni che restano all'interno della sfera dei doveri di assistenza, offrirebbero risposta, in termini di organizzazione, alle richieste di pazienti che attraversano una fase che, seppur conclusiva, è e resta all'interno della vita stessa. Fase in cui il diritto all'assistenza giunge forse ai livelli più alti e che senza alcun supporto normativo impedirebbe ogni possibile forma di coinvolgimento di un servizio (fondamentale) come quello sanitario a garanzia della corretta e uniforme risposta alle esigenze e connessi diritti di chi si trovi costretto a dover affrontare quella fase ineluttabile, unica e universale, di non ritorno della propria esistenza.

Certo è che un tale intervento legislativo, pur di natura eccezionale e temporanea, ritagliato entro la competenza concorrente regionale della tutela della salute, per disciplinare forme e modalità di "assistenza sanitaria" connotata dal progresso tecnologico biomedico che riesce ad allungare (talvolta solo artificialmente) le fasi terminali e agoniche, magari oltre limiti inimmaginabili, esponendo i pazienti a sofferenze intollerabili e crudeli, non potrebbe sottrarsi al confronto con la legislazione penale e con il correlato delicato bilanciamento. Le specifiche disposizioni dell'omicidio del consenziente o dell'istigazione o assistenza al suicidio, infatti, si pongono anch'esse l'obiettivo di tutelare il bene vita (anche se compromesso sul piano fisico o psichico) partendo dal presupposto della sua assoluta, formale e sostanziale indisponibilità. E qui sta il nocciolo del problema.

Il diritto alla vita anche se compromesso sul piano fisico e/o psichico non può non essere riconosciuto ad ogni essere vivente in forma certamente inviolabile, ma non possiamo non comprendere all'interno del suo svolgersi l'evento morte. E in tutto il

ciclo vitale assume rilevanza un'adeguata assistenza sociosanitaria, tanto che per la nostra Costituzione è dal diritto alla vita, inteso come diritto fondamentale all'integrità fisica, che discende anche l'ulteriore ed altrettanto fondamentale diritto (a prestazione) ad ottenere cure ed assistenza sanitaria. L'ordinamento si preoccupa pertanto, sia di tutelare la vita, sanzionando penalmente tutti quei comportamenti in grado di configurarsi come lesione all'integrità fisica, ma anche di approntare adeguata assistenza (universale e per tutti) nell'intero arco della vita del paziente fino alla sua fine.

In questo contesto ordinamentale si sviluppano e confrontano, la libertà di scienza e coscienza del medico con il fondamento dell'attività medico-chirurgica, i principi di alleanza terapeutica tra il medico e il paziente, ma anche con la stessa libertà di autodeterminazione. Se quest'ultima non assurge a vero e proprio diritto, ma resta relegata a un potere di mero fatto (analogo a quello riconosciuto a ciascuno di suicidarsi, o di peggiorare le sue condizioni di salute come di omettere contegni idonei a migliorarle), lo spazio regionale resterebbe estremamente ridotto se non del tutto vanificato. Viceversa, se la libertà di autodeterminarsi nell'ambito di un servizio assistenziale esteso alle fasi terminali della propria vita, non sia relegata alle mere "facoltà di fatto" estranee al dovere di assistenza, potrebbe rientrare nel novero dei diritti ad ottenere prestazioni di servizio disciplinate dalla legislazione regionale e potrebbe pretendere tutela e azionabilità in termini di vera e propria pretesa.

ANTONELLO LO CALZO

La risposta alla seconda domanda si salda strettamente con quella che si è data alla prima, perché dipende in sostanza dalla soluzione al quesito sulla possibilità di ricondurre la disciplina delle procedure di accesso al suicidio assistito ad ambiti di competenza esclusiva dello Stato o ad ambiti di competenza concorrente.

Il richiamo al principio di "cedevolezza invertita" nella materia in esame ha trovato specifica applicazione in occasione dell'approvazione della legge regionale toscana n. 16/2025. Si tratta di una clausola che torna più volte in tale atto, sia nel Preambolo, ove la cedevolezza della legge rispetto ad una successiva normativa statale che regoli la materia, "fissandone i principi fondamentali", è espressamente sancita dal paragrafo 8, sia nel testo, all'art. 2, ove il legislatore limita temporalmente l'accesso alle procedure regolate dalla legge "fino all'entrata in vigore della disciplina statale". Il ricorso all'utilizzo di tale clausola nasce dall'esigenza per il legislatore regionale di trovare un adeguato equilibrio tra due principi "apparentemente" opposti: il rispetto della discrezionalità del legislatore statale nella conformazione di una disciplina sul suicidio medicalmente assistito che, nel rispetto delle prescrizioni della Corte costituzionale, tocchi anche l'organizzazione delle procedure di accesso e l'effettiva tutela della persona affetta da patologie in grado di provocare sofferenze che richiedono tempi e procedure certe per la decisione sulla sua istanza di ottenere aiuto nel suicidio.

Dico “apparentemente opposti” perché nulla implica in realtà che le scelte del legislatore debbano essere in qualche modo lesive dei diritti delle persone, ciò si verifica solo quando, in concreto, egli omette di intervenire con una legge che regoli ogni aspetto della materia, rimettendo alla discrezionalità delle strutture sanitarie e alla aleatorietà dei tempi e delle procedure la concreta soddisfazione delle richieste delle persone ammalate.

Come recentemente ribadito dal Consiglio di Stato (sentenza 13 agosto 2024, n. 7124), il principio della “cedevolezza invertita” consente alle Regioni di disciplinare provvisoriamente ed eccezionalmente una certa materia, a condizione che sia ravvisabile una effettiva inerzia del legislatore statale e sempre che si versi nell’ambito di una competenza quantomeno concorrente della Regione (secondo quanto già affermato dalla Corte costituzionale nella sentenza 9 gennaio 2019, n. 1). Esso opera facendo sì che l’efficacia della disciplina regionale cessi nel momento in cui lo Stato si attivi, esercitando la propria competenza legislativa. L’aggettivo “invertita” è giustificato dal modo in cui questa clausola opera rispetto alla consueta “cedevolezza”, la quale nella normalità dei casi implica che sia lo Stato ad intervenire con un proprio atto legislativo in ambiti riservati alla competenza regionale. Ciò sarebbe giustificato dalla necessità di evitare potenziali lacune normative nel sistema, per cui l’atto statale sarebbe destinato a cedere di fronte alla riattivazione del legislatore regionale.

Il punto cruciale non sarebbe tanto quello di dibattere intorno alla possibilità di richiamare il principio in questione, rispetto al quale le Regioni non incontrerebbero una preclusione assoluta, quanto, ancora una volta, quello di stabilire se la disciplina sulle procedure di fine vita ricada nella competenza dello Stato (per cui il rinvio alla cedevolezza invertita non sarebbe possibile, in quanto lesiva del riparto di competenze stabilito a livello costituzionale) o concorrente (in tal caso la Regione potrebbe operare in via sussidiaria rispetto all’inerzia del legislatore statale).

È significativo, a questo riguardo, che, quando la Regione Toscana rimanda nel Preambolo della propria legge al principio di “cedevolezza invertita”, faccia riferimento al possibile intervento futuro del legislatore statale per la fissazione dei principi fondamentali della materia, dando per assunto che il proprio intervento sia da collocare in un ambito di competenza concorrente quale la “tutela della salute”.

In conclusione, ad opinione di chi scrive, non sarebbe tanto il richiamo al principio di “cedevolezza invertita” a fare salvo il riparto costituzionale delle competenze legislative, perché, su un piano logico, è la stessa operatività della clausola a presupporre che sia stata preliminarmente risolta la questione sulla materia in cui si colloca l’intervento legislativo sul fine vita e sulla spettanza di questa allo Stato o alla Regione (pur in via soltanto concorrente).

Il problema che piuttosto sorge, ma che trascende in parte dalla risposta al quesito, riguarda la responsabilità, in primo luogo politica, che il Governo e il Legislatore assumono nel non dare seguito, con un atto legislativo espresso, alle sentenze della Corte costituzionale. Se le Regioni (una sola finora) hanno ritenuto di intervenire con una propria legge, facendo salva la “priorità” del legislatore statale per mezzo della clausola di “cedevolezza invertita”, è perché troppo a lungo si è protratta l’incertezza sui

tempi e sulle procedure da seguire per attuare le richieste di suicidio assistito. Tale inerzia, a oltre sei anni dalle prime decisioni del Giudice delle leggi sul punto, non è può spingersi al punto da “paralizzare” l’esercizio di un diritto, ma riesce solo a renderne più difficoltosa e incerta l’attuazione, ragion per cui appare tanto più intollerabile da indurre – ancora una volta – la Corte costituzionale ad esortare le forze politiche ad assicurare concreta attuazione alla sentenza n. 242/2019 (oltre a potenziare il sistema di cure palliative, in modo da evitare un ricorso “improprio” al suicidio assistito).

GIOVANNA RAZZANO

Il c.d. principio di cedevolezza invertita, nel caso che interessa, viene invocato impropriamente, mancando i presupposti sostanziali per l’operatività di tale clausola. In primo luogo, la cedevolezza opera laddove vi sia competenza legislativa: come la Corte costituzionale ha precisato nella sent. n. 1/2019, «*l’intervento che il legislatore regionale può anticipare nell’inerzia del legislatore statale attiene pur sempre (e soltanto) a materie di competenza concorrente della Regione*». Competenza che, come già visto, manca, anche ad ammettere che l’intera questione “aiuto al suicidio” riguardi la sola materia “tutela della salute”.

In secondo luogo, la cedevolezza opera laddove è necessario implementare una norma, e raggiungere un certo risultato in un certo termine, come accade quando lo Stato interviene ad attuare direttive europee con sue leggi per sopperire, in materia di legislazione concorrente, all’inerzia delle Regioni, fintantoché tale inerzia permanga. Nel caso dell’aiuto al suicidio, invece, venendo in rilievo una sentenza della Corte costituzionale che ha dichiarato la parziale incostituzionalità di una norma penale, delimitando una circoscritta area di non punibilità della fattispecie criminosa, non vi è una norma da implementare entro un certo termine per conseguire obiettivi prefissati, sia perché la stessa Corte, nella sent. n. 242/2019, ha dichiarato di aver rimosso il *vulnus* costituzionale (stante l’inerzia del legislatore dopo l’ordinanza n. 207/2018) ed è dunque auto applicativa (*self executing*, potremmo dire), sia perché, nella sent. n. 135/2024, ha affermato che «il legislatore deve poter disporre di un significativo margine di apprezzamento», e che resta ferma «la possibilità per il legislatore di dettare una diversa disciplina, nel rispetto dei principi richiamati dalla presente pronuncia».

Un atto giurisdizionale, inoltre, non può essere disinvoltamente scambiato per una fonte del diritto, né una sentenza della Corte costituzionale può trasformarsi magicamente in norma, soprattutto in materia penale, laddove la riserva di legge esprime una garanzia essenziale rispetto alla libertà personale e all’integrità della persona.

Neppure giova sostenere che le Regioni potrebbero desumere “i principi fondamentali della materia”, in via interpretativa, traendoli, anziché dalla legislazione statale in vigore, dalla giurisprudenza costituzionale in tema di fine vita.

Innanzitutto non va dimenticato che la sent. n. 50/2022 è di inammissibilità del referendum, la n. 135/2024 e la n. 66/2025 sono di infondatezza - pertanto prive di efficacia generale - e la n. 132/2025 è di inammissibilità della questione di costituzionalità, per cui neppure è entrata nel merito della stessa.

Occorre notare, poi, che la tesi per cui i principi di questa materia si potrebbero trarre in via interpretativa dalla giurisprudenza della Corte (la quale, per verità, non risulta molto lineare se si confrontano la n. 66/2025 con la n. 132/2025), implica che ciascuna legge regionale potrebbe interpretare a modo suo i suddetti principi, per cui si prospetterebbero *tante interpretazioni quante sono le Regioni italiane*, con il conseguente grave pregiudizio del principio di determinatezza che deve vigere in materia penale, nonché del principio di uguaglianza e soprattutto di tutela del diritto alla vita, principio supremo dell'ordinamento giuridico italiano, così come della CEDU.

Occorre fra l'altro ricordare un passaggio significativo della sent. n. 242/2019, quello in cui la Corte ha suggerito al Parlamento di valutare diverse possibilità (punto 2.4): l'inserimento della disciplina legislativa sul suicidio assistito nel contesto della legge n. 219 del 2017, nell'ambito di un «processo medicalizzato» ovvero nel codice penale, modificando l'art. 580 c.p. Potrebbe prospettarsi, ancora, - afferma la Corte - l'esigenza di «introdurre una disciplina ad hoc per le vicende pregresse», anch'essa variamente calibrabile». Se resta dunque insoluto persino questo nodo cruciale - la collocazione di una eventuale disciplina sul suicidio assistito nel codice penale ovvero altrove - come è possibile immaginare che “i principi fondamentali della materia” possano essere desunti in totale autonomia da ciascuna Regione italiana?

È vero, infine, che in dottrina si sostiene autorevolmente che i diritti prevalgano sulla salvaguardia delle competenze, anche quando fossero le Regioni ad implementarli a fronte dell'inerzia statale [cfr. A. RUGGERI, ad es. in: *A proposito di (impossibili?) discipline legislative regionali adottate in sostituzione di discipline statali mancanti (nota a Corte cost. n. 373 del 2010)*, in *Federalismi.it*, 1/2011]. Ma questa tesi presuppone che vi siano diritti fondamentali o «beni costituzionalmente protetti» da tutelare, in ragione della «centralità della persona umana». È da escludere, invece, che la Corte costituzionale abbia introdotto nell'ordinamento italiano un diritto “fondamentale” ad ottenere l'assistenza al proprio suicidio, come se fosse questo e non il diritto alla vita il bene costituzionalmente protetto.

DAVIDE SERVETTI – CHIARA TRIPODINA

La discussione intorno alla cosiddetta “cedevolezza invertita”, quale principio volto a legittimare l'intervento legislativo regionale in materia di suicidio medicalmente assistito in assenza di quello statale, appare sopravvalutata, se non mal posta. Speso tale argomento nella relazione illustrativa del “testo base” promosso dall'Associazione Coscioni, esso ha poi trovato spazio nel dibattito dottrinale. Ma a leggere attentamente le decisioni della Corte costituzionale nelle quali la cedevolezza invertita viene espressamente considerata – e sono soltanto due: sentt. nn. 1 del 2019 e 89 del 2025 –,

si può notare che il giudice delle leggi la prende in esame in termini ipotetici; lo fa per escluderne l'applicabilità ai giudizi oggetto di tali pronunce; nega che, ove applicabile, tale figura possa consentire al legislatore regionale di uscire dagli ambiti di competenza a esso attribuiti in via concorrente o residuale, non potendo in ogni caso giustificare una violazione dei limiti imposti da norme statali.

Il punto è che sono i contorni della figura stessa della cedevolezza invertita a essere incerti. Come noto, essa viene ricavata per simmetria dalla figura delle norme statali “di dettaglio” cedevoli. Lasciando a parte la legittimità di tale categoria dopo la riforma del 2001, oggetto di contrastanti posizioni in dottrina e di una giurisprudenza costituzionale ambigua, la funzione di tali norme è storicamente quella di assicurare immediata attuazione a principi fondamentali dettati *ex novo* dal legislatore statale, nell'attesa di un (eventuale) autonomo intervento del legislatore regionale. Specularmente, la dinamica della cedevolezza viene impiegata per raffigurare – e giustificare costituzionalmente – la situazione nella quale il legislatore regionale, a fronte di un'inerzia statale, detti norme entro ambiti materiali di competenza che può legittimamente praticare in via concorrente o residuale, ma potrebbero essere successivamente circoscritti dal legislatore centrale.

Il punto di congiunzione concettuale tra le due figure di cedevolezza è l'idea di rimediare, transitoriamente, a un'inerzia legislativa; ma la distanza sostanziale tra le due ipotesi di cedevolezza – tale da porre in dubbio la configurabilità della seconda – ci pare risiedere in un'essenziale differenza che corre tra potestà legislativa statale e regionale. Mentre la supplenza del legislatore statale nei confronti di quelli regionali si esprime nel dettare una disciplina di dettaglio funzionale ad assicurare immediata attuazione a principi statali che restano poi validi su tutto il territorio nazionale e assicurano la prestazione di unità coesistente alla riserva statale, le norme regionali non hanno la forza di supplire alla mancanza dei principi fondamentali riservati alla legislazione statale, perché il senso di tali principi è quello di garantire una disciplina unitaria comune all'ordinamento statale e questo è fisiologicamente precluso al legislatore regionale, non solo per ovvi limiti di efficacia territoriale, ma per l'ineliminabile inadeguatezza del legislatore regionale a ponderare scelte di carattere nazionale valide per l'intera comunità statale.

Quel che invece, secondo consolidata giurisprudenza costituzionale, non può essere impedito al legislatore regionale è di esercitare la propria autonomia legislativa in ambiti materiali di propria competenza nei quali non sia ancora intervenuta un'apposita legislazione di principio. Diversamente, si consentirebbe a una volontaria inerzia dello Stato di inibire il legittimo esercizio della potestà legislativa da parte della Regione. In tal caso, come pacificamente ammesso, il legislatore regionale può esercitare la propria autonomia legislativa entro margini obiettivamente più ampi del consueto, dovendo tuttavia rispettare i limiti derivanti dall'ordinamento giuridico, da cui è chiamato a trarre le coordinate di principio volte a circoscrivere la sua discrezionalità.

Per queste ragioni, ci pare che non sia necessario ricorrere all'argomento della “cedevolezza invertita”, al fine di giustificare l'intervento legislativo regionale sulla disciplina dell'aiuto al suicidio. Anzi, il richiamo a questa figura rischia, nel caso di

specie, di risultare problematico, perché può suggerire l'idea che la legge regionale possa introdurre norme di principio che spetterebbe allo Stato dettare, mentre essa interviene esclusivamente in attuazione di principi fondamentali già esistenti, ricavabili dalla legislazione statale vigente e dalla giurisprudenza costituzionale. Le clausole normative che dispongono che le norme regionali intervengono in attesa di quelle statali, pronte a “cedere” in caso di una successiva disciplina statale, vanno dunque intese – come riconosciuto dalla Corte costituzionale – semplicemente come espressive dell'impegno del legislatore regionale «a rispettare i principi e criteri generali della legislazione statale e ad adeguare progressivamente a questi ultimi la propria normativa», entro un'apprezzabile logica di leale collaborazione (sent. n. 398 del 2006).

III Domanda

A fronte di una pluralità di pronunce della Corte costituzionale che hanno sottolineato la necessità di un intervento del legislatore per disciplinare la materia (da ultimo, cfr. sent. n. 66 del 2025), cosa pensa dell'impugnazione del Governo della legge della Regione Toscana, intervenuta nelle more dell'inerzia del legislatore nazionale?

STEFANO AGOSTA

Per essere correttamente impostata, la risposta al presente quesito impone necessariamente di separare il piano, per così dire, della *legittimità* giuridica da quello dell'*opportunità* politica.

Prendendo innanzitutto le mosse dal primo, il presupposto è che il campo del fine-vita – come si è cercato di sostenere nella risposta al primo quesito – debba necessariamente vedere, in prima battuta, l'esercizio della potestà esclusiva statale nell'«ordinamento civile e penale». Dal che, ad un'iniziativa legislativa “in solitaria” come quella toscana (cui peraltro, molto recentemente, si è affiancata quella sarda) – sulla quale incombe il rischio di essere dichiarata costituzionalmente illegittima per violazione dell'art. 117, comma 2, *lett. l*), Cost. – sarebbe stata da preferire una pianificazione regionale di tipo “condiviso”: ad esempio, mediante la presentazione di un comune progetto di legge da parte dei rispettivi Consigli regionali al Parlamento (ai sensi dell'art. 121, comma 2, secondo cpv, Cost.) che avrebbe potuto consentire la previa definizione di un nucleo sostanziale di disciplina statale sul punto [L. CHIEFFI, 2024].

Seppure, difatti, tale iniziativa congiunta avrebbe potuto scontare un'ineliminabile alea politica – derivante ovviamente dalla circostanza che, una volta presentato, nessuno strumento dell'ordinamento avrebbe potuto pienamente garantire che siffatto progetto legislativo sarebbe, poi, stato effettivamente discusso dalle Assemblee [L. BUSATTA, 2024] – essa avrebbe, comunque, potuto sortire almeno un duplice effetto (oltre quello

di mostrarsi rispettosa delle competenze esclusive dello Stato in materia, ovviamente): dalla prospettiva *giuridica* dei *diritti*, di provare, se non altro, ad avviare una comune risposta alla sofferta domanda avanzata da tutti coloro che drammaticamente attendono di poter accedere alle procedure di suicidio medicalmente assistito; da quella *politico-istituzionale* dei *poteri*, di stimolare finalmente il necessario seguito statale alla giurisprudenza dell'ormai lontano 2019 [L. CHIEFFI, 2024].

Non essendo andate così le cose, non può dunque destare troppa meraviglia la decisione del Governo di ricorrere, infine, avverso la l.r. Toscana n. 16/2005, recante *Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024* [G. ROCCHI, 2025]. La quale ultima – come si è già provato a sostenere – potrebbe, comunque, andare incontro ad una dichiarazione di illegittimità costituzionale per contrasto con l'art. 117 Cost.: 1) se si intende patrocinare la necessaria precedenza della materia dell'«ordinamento civile e penale» – secondo la tesi qui accolta – per violazione del comma 2, *lett. l)* cit.; 2) se si ritiene diversamente di ascrivere tale intervento regionale alla previa materia della «tutela della salute» in assenza dei principi fondamentali dettati dallo Stato, per lesione del successivo comma 3; 3) se quest'ultimo si considera, infine, rispettoso del richiamato comma 3 – nonostante, appunto, la mancanza dei suddetti principi – per contrasto col comma 2, *lett. m)* cit. il quale presuppone, invece, la previa definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, in tale frangente assenti (ma, su quest'ultimo punto, si tornerà, *funditus*, nella risposta al quinto quesito).

Venendo – come si anticipava – al diverso crinale dell'*opportunità* politica, sembra che l'onere di dare (anche simbolicamente...) un “segnale” [L. BUSATTA, 2024; A. LO CALZO, 2025] nel clima di generale afasia legislativa sia finito per incombere sulle plurime iniziative regionali in tema di fine-vita. A “monte” di queste ultime, potrebbe dirsi che i legislatori regionali abbiano infine sconfinato in un campo loro sottratto dalla Costituzione, per un verso, allo scopo di ovviare al perdurante *vuoto* legislativo statale [A. SCALERA, 2025] e, per un altro, a quello di contrastare le inevitabili incoerenze del progressivo *pieno* sia di tipo amministrativo che a carattere giurisdizionale.

Rispetto alla ristagnante anomia – che ha continuato a dare drammaticamente luogo a fenomeni quali il tristemente noto “turismo” eutanasico (soprattutto verso la Svizzera) [L. CHIEFFI, 2024] – la Regione, insomma, avrebbe politicamente deciso di giocare, per così dire, di anticipo sull'iniziativa statale (se di anticipo possa ancora realisticamente parlarsi, a fronte di tanti anni di aspettative disattese...) nonostante il confronto parlamentare fosse (e, tutt'ora, sia...) ancora in altomare [M.G. NACCI, 2023; A. LO CALZO, 2025].

Parimenti, si può ritenere che l'attivismo regionale sia stato stimolato dall'opposta esistenza di una sorta di *pieno* in materia: innanzitutto *amministrativo*, in ragione del fatto che la perdurante lacuna legislativa avrebbe finito in sostanza per autorizzare un eccesso di discrezionalità nelle pratiche da parte di tutti gli operatori coinvolti, con un conseguente rischio di discriminazione tra i cittadini del medesimo territorio regionale

[A. LO CALZO, 2025] (il punto, comunque, sarà meglio affrontato nella risposta al quarto quesito); in secondo luogo, *giurisdizionale*, in virtù dei frequenti ricorsi per ottenere l'accesso alla procedura medicalizzata del suicidio assistito da parte della magistratura, la quale ultima ha, così, dovuto sopportare sulle proprie spalle il carico di una vera e propria funzione di "supplenza" del legislatore non priva di luci ed ombre [L. CHIEFFI, 2024]. A parte talune soluzioni giudiziarie reputate eccessivamente "creative", anche in questo caso non possono, certo, lasciare indifferente i "costi" che i richiedenti hanno dovuto loro malgrado sostenere non solo in termini materiali ma, soprattutto, temporali ed umani [P.F. BRESCIANI, 2023].

A "valle" di tali motivazioni, non vi è dubbio che tali iniziative regionali – pur illegittimamente precedendo lo Stato in un ambito che gli è riservato dalla Carta fondamentale – si siano, comunque, conquistate una certa visibilità politica tanto sul crinale delle *fonti* quanto su quello dei *poteri*. Rispetto alle prime, certamente il recente attivismo toscano (e, adesso, anche sardo) avrebbe intanto segnato una sorta di inversione del *trend* sin qui osservato alla "amministrativizzazione" della legge regionale verso una maggiore "politicizzazione" [P.F. BRESCIANI, 2023], tanto da far discorrere di una vera e propria "reviviscenza" della legislazione regionale [B. VIMERCATI, 2025]. Dal punto di vista dei *poteri*, pur abusando delle proprie competenze, si può dire che tali iniziative abbiano contribuito presso i *governati* a riavviare un "motore" – finito drammaticamente "in stallo", come si sa, negli ultimi anni – come quello del dibattito pubblico sul tema del fine-vita [L. BUSATTA, 2024] al punto da far parlare di una nuova "primavera" nella tutela e riconoscimento di taluni diritti fondamentali della persona rimasti, sin qui, drammaticamente "dormienti" o, come che sia, "in letargo" [A. SCALERA, 2025].

Passando al diverso angolo visuale dei *governanti*, pare evidente che "fughe in avanti" come quelle cui si è negli ultimi mesi assistito a livello regionale abbiano finito per innalzare – non troppo diversamente da quanto già visto, peraltro, in occasione della pandemia da Covid-19 – il complessivo tasso di "competizione" istituzionale, tra Regione e Regione e con lo stesso Stato, fino forse a sfociare in un vero e proprio "antagonismo" territoriale [M.G. NACCI, 2023]: ma ciò (sempre a condizione che, momentaneamente, si metta tra parentesi il piano della illegittimità costituzionale) non solo non dovrebbe troppo stupire ma potrebbe pure essere, tutto sommato, politicamente accettabile, a livello *teorico-astratto* così come, pure, su quello *pratico-concreto*.

Sul versante *teorico-astratto*, innanzitutto, bisogna considerare che una legge regionale espressiva di un indirizzo politico territoriale *apparentemente* (considerato il perdurante silenzio a livello nazionale...) divergente da quello nazionale non eccederebbe – ma anzi, se possibile, dovrebbe portare ad ulteriore compimento, in tal modo naturalmente confermandola [P.F. BRESCIANI, 2024] – quell'autonomia "politica" di cui la Costituzione [T. MARTINES, 1956] ha *ex professo* dotato, appunto, le Regioni. Sul profilo *pratico-concreto*, poi, ogni residua preoccupazione potrebbe essere fugata dal fatto che tali iniziative non determinerebbero, comunque, niente di lontanamente assimilabile all'innalzamento del tasso di conflittualità cui, invece, si assiste in altre esperienze quali, sopra tutte, quella federale statunitense. Ciò dal momento che, in ogni

caso, il nostro sistema costituzionale già *ex se* possiederebbe gli “anticorpi” necessari ad evitare un impiego caotico (anziché pre-orientato, e proprio per ciò direttamente funzionalizzato, alla tutela dei diritti fondamentali) dell’autonomia regionale (si pensi, come appunto nel nostro caso, al verosimile mancato rispetto *ex ante* della competenza esclusiva statale in materia ed al controllo *ex post* da parte del giudice costituzionale in tal senso) [P.F. BRESCIANI, 2023].

Spostandosi, infine, sul crinale degli organi di indirizzo politico, con particolare riferimento al potere legislativo, non può invero non riflettersi sulla singolare inversione che sembrerebbe aver caratterizzato organi pure, entrambi, investiti dalla Costituzione del delicato compito di legiferare – sebbene, com’è naturale, in ambiti del tutto diversi – quali il Consiglio della Regione Toscana, da un lato, ed il Parlamento nazionale, dall’altro: l’uno, costituzionalmente *non abilitato* a prevenire il Parlamento eppure politicamente *dinamico-attivo* (nonostante l’evidente forzatura del riparto delle competenze tra Stato e Regioni), l’altro, all’inverso, costituzionalmente *abilitato* a porre la disciplina sostanziale della materia eppure *statico-passivo*.

Da questo punto di vista, peraltro, non sembra essere sfuggita quella sorta di parallelismo esistente tra l’atteggiamento mantenuto dall’attuale Parlamento e quello all’epoca della dolorosa vicenda di Eluana Englaro il quale ultimo, pur a distanza di molti anni, rischia drammaticamente (*recte*: circolarmente) di ripetersi: allorquando cioè – anziché impegnarsi per dare finalmente al paese una legge condivisa in materia – la maggioranza parlamentare del tempo, come si ricorderà, non trovò di meglio da fare che battere la più comoda (e politicamente più remunerativa) strada del conflitto di attribuzione avverso la sentenza che la Corte di Cassazione aveva per quel caso pronunciato [S. CECCANTI in E. MARTINI, 2025] [più di un dubbio in ordine alla possibilità di garantire un’effettiva uniformità ed omogeneità di trattamento in tale ambito anche da parte di un eventuale intervento del legislatore statale, comunque, non è stato, ancora di recente, nascosto (G. RAZZANO, 2025)].

Chiudendo infine col potere esecutivo, forse dovrebbe indurre a riflettere il fatto che oggi si produca lo sforzo di censurare *ex post* una legge regionale sul fine-vita che già c’è mentre *ex ante* il Governo non si è mai speso per varare una legge nazionale che ancora non c’è [E. GIANI in E. MARTINI, 2025] (e, a far data dal primo intervento sul punto della giurisprudenza costituzionale, manca ormai da un lasso di tempo talmente ampio da essere ritenuto non più tollerabile).

CARLO CALVIERI

La Regione Toscana, prima in Italia, ha approvato il 14 marzo 2025 la legge regionale n. 16, volta a disciplinare in modo organico le modalità organizzative e procedurali per l’accesso al “suicidio medicalmente assistito”, in asserita attuazione delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024 e, data la perdurante assenza di una legge nazionale specifica, ha provveduto a specifiche norme procedimentali, da attuare a livello regionale. Come noto, alla pubblicazione della legge

ha fatto seguito l'impugnazione in via d'azione da parte dello Stato che ha sostenuto che un tale intervento legislativo da parte della Regione finiva con il travalicare le competenze regionali, incidendo sull'ordinamento penale e civile. Da qui la remissione alla Corte costituzionale della questione che nei prossimi mesi deciderà sul ricorso proposto dal Governo, all'esito dell'udienza di discussione già fissata per il prossimo mese di ottobre.

A fronte delle recenti e ripetute sollecitazioni della Corte costituzionale al Parlamento affinché si disciplini in modo organico la materia del suicidio assistito – come ribadito anche dalla sentenza n. 66 del 2025– il Governo si è quindi limitato alla tempestiva proposizione del ricorso in via d'azione ex art. 127 Cost. segnalando l'invasione delle competenze statali. Tuttavia, per valutarne la portata, ritengo si debba pur sempre partire dai precedenti della stessa giurisprudenza costituzionale.

Per la giurisprudenza della Consulta in tema di “assistenza al suicidio” resta indubbio che l'oggetto a cui ha voluto offrire disciplina la legge regionale Toscana, coinvolgono, in prevalenza profili di tutela della salute (competenza concorrente, in cui le Regioni possono disciplinare in autonomia aspetti organizzativi e procedurali dei propri servizi sanitari), insieme alle materie, di competenza esclusiva statale (ordinamento civile e penale, livelli essenziali delle prestazioni) che rappresentano limiti oggettivi per l'iniziativa legislativa regionale. In questo potenziale intreccio normativo, tuttavia, la legge toscana n.16/2025 – intervenuta in assenza di una disciplina nazionale – si propone proprio di delineare un possibile modello di gestione delle modalità e dei tempi di accesso al suicidio medicalmente assistito, cercando di attenersi ai rigorosi parametri fissati dalle sentenze della Corte.

La lunga inerzia del legislatore nazionale nel dare attuazione ai principi delineati dalla Corte costituzionale ha alimentato l'esigenza di una regolamentazione, soprattutto a livello territoriale, per colmare un vuoto che genera incertezza applicativa, rischi operativi per il personale sanitario e disuguaglianze tra cittadini. La legge toscana nasce pertanto proprio per tentare di garantire maggiore certezza e garanzie procedurali nel rispetto dei requisiti sostanziali fissati dalla Consulta.

Il Governo invece ha ritenuto che tale legislazione travalichi i limiti imposti dalla Costituzione alla legislazione regionale, incidendo su profili che spettano esclusivamente alla legislazione unitaria dello Stato, in coerenza con un orientamento particolarmente restrittivo sul riparto delle competenze. Sul punto però si potrebbe anche obiettare che la stessa Consulta, nello stigmatizzare più volte l'inerzia del Parlamento e richiesto l'impegno del legislatore nazionale, non ha mai segnalato impedimenti alla normativa regionale, che si limiti ad aspetti organizzativi-procedurali, nel rispetto delle condizioni fissate dalla stessa Corte. Tanto che la Regione Toscana ha difeso la propria legge proprio affermando di aver operato sull'organizzazione sanitaria, senza incidere sulla disciplina penale/civile o sui LEP ed anzi elevando il livello di tutela.

L'impugnazione del Governo si iscrive in una dialettica politico-istituzionale che attende ancora una soluzione definitiva dal Parlamento. Sul piano strettamente costituzionale, come già evidenziato nelle precedenti risposte, non trovo elementi in

grado di negare aprioristicamente alle Regioni spazi di intervento nei termini già descritti, specie in presenza di una conclamata inerzia del legislatore statale ed i reiterati richiami della Corte costituzionale ad un intervento legislativo nazionale.

Credo comunque che il ragionamento seguito dall'esecutivo statale per censurare la violazione del riparto di competenze da parte del legislatore toscano si incentri in un presunto illegittimo coinvolgimento dei servizi sanitari tenuti a soddisfare il "diritto al suicidio" richiesto dall'interessato o da terzi a ciò delegati. Ma messa in questi termini la questione appare malposta e fuorviante. Non si tratta di andare a soddisfare un diritto soggettivo preordinato al suicidio, in autonomia o con l'ausilio di terzi, ma di assolvere ad una delicata fase di assistenza volta a consentire l'erogazione di prestazioni sanitarie che possano evitare l'inutile accanimento terapeutico nei confronti di soggetti che intendano sottrarsi a gravissime infermità e sofferenze nella fase finale della propria esistenza. Quindi come si è tentato di chiarire sulla base delle risposte alle prime due domande di un quadro assiologicamente diverso da quello evidenziato nel ricorso dall'avvocatura statale.

Certo, profili critici, che possono essere segnalati in ordine alla legge 16 della Regione Toscana, non mancano, a partire dall'assenza di una disciplina in grado di offrire percorsi assistenziali in grado di offrire alternative terapeutiche in grado di garantire specifiche cure palliative, ambiti di meditazione e colloquio, decisioni interlocutorie, vicinanza di medici e di altre persone, luoghi e strumenti in grado di consentire una scelta consapevole e pienamente maturata in una fase di estrema situazione di debolezza. Senza contare poi delle disposizioni in materia di copertura delle spese, che la Regione ha ritenuto di dover attingere dal capitolo di spesa destinata alla disabilità che confligge apertamente con le esigenze di categorie di soggetti che invece da tali risorse spesso fanno dipendere la loro stessa primaria esigenza di vita.

Ci troviamo pertanto di fronte ad un delicatissimo bilanciamento valoriale, che vede contrapposti sul piano assiologico, il fondamentale e primario diritto alla vita, garantito sia dalla Costituzione che dallo stesso art. 2 CEDU, ed un contrapposto diritto, che non va confuso con quello di rinunciare a vivere, e tantomeno di un vero e proprio diritto a morire, (su cui si veda la stessa presa di posizione della Corte europea dei diritti dell'uomo, proprio in relazione alla tematica dell'aiuto al suicidio con la sentenza 29 aprile 2002, *Pretty contro Regno Unito*), quanto di un più specifico diritto ad ottenere prestazioni di assistenza a fronte di una scelta autodeterminata in ragione di uno stato, oggettivo e soggettivo, di estrema sofferenza fisica e psichica tale da rendere lo stesso bene vita non più tollerabile.

GIAN LUCA CONTI

Nelle risposte ai primi due quesiti, vi è anche la risposta al terzo: il governo impugnando la legge regionale della Toscana non ha azionato le ragioni della sovranità costituzionale avverso l'abuso delle prerogative di un'autonomia legislativa regionale,

ha fatto valere il diritto della maggioranza di governo a proseguire nell'inadempimento ai moniti della Corte in punto di disciplina del fine vita.

Se è vero che la decisione di impugnare una legge regionale è un atto politico, è anche vero che gli atti politici nel nostro ordinamento costituzionale non sono liberi nel fine perché trovano un limite preciso nei valori costituzionali cui devono dare attuazione e l'inerzia nella tutela di un diritto fondamentale non può essere considerata meritevole di tutela.

L'interesse al processo del governo, in questo caso, non dovrebbe essere scandito sulla base della mera allegazione della violazione di taluni parametri in punto di riparto delle competenze, cedevoli rispetto al principio di sussidiarietà, ma dovrebbe trovare il proprio fulcro nell'esistenza di un diverso quadro regolamentare imposto dal circuito della maggioranza parlamentare di governo alla materia ma questo non può essere perché la legge regionale toscana collega esplicitamente la propria abrogazione all'entrata in vigore di tale disciplina.

Con la superficialità di chi risponde rapidamente a domande molto complesse, si può sostenere che il valore normativo dell'art. 120, Cost. nella parte in cui condiziona l'intervento sostitutivo del governo nei confronti delle regioni all'esistenza di atti o fatti che minacciano l'unità giuridica o l'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali esprime un valore normativo che può espandersi anche all'interesse al processo, di talché non è consentito al governo di impugnare leggi regionali che danno attuazione a un diritto sociale se questo diritto sociale non trova soddisfazione nella sede competente che è, nelle allegazioni del governo, il livello statale.

Non si agisce a tutela dell'unità se non si è prima costruita l'unità e l'unità non può essere data dalla mera incapacità di legiferare.

Chi afferma di essere in grado di tutelare un diritto non può contestare chi vi dà attuazione senza darvi effettiva attuazione perché altrimenti quel diritto resterebbe senza tutela e la Costituzione varrebbe di meno anziché di più.

ANTONELLO LO CALZO

Questa domanda consente di ricollegarsi a quanto in parte già affermato nelle battute finali della risposta alla Domanda II, anche se da una distinta prospettiva: quella della possibile rivendicazione "giudiziale" da parte dello Stato della competenza a regolare la materia del fine vita.

A fronte di ciò sembrano saldarsi due aspetti di estrema attualità, due "facce della stessa medaglia". Il ricorso in via principale promosso dal Governo contro la legge toscana n. 16/2025 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 28 maggio 2025, 1° Serie speciale, n. 22) e la recente presentazione di un testo congiunto all'esame del Senato, all'esito dei lavori svolti dalle Commissioni riunite 2^a (Giustizia) e 10^a (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) sui disegni di legge A.S. 65, 104, 124, 570 e 1083.

Il ricorso promosso dal Governo contro la legge toscana era ampiamente prevedibile, in quanto non va mai dimenticato il tasso di “politicalità” che connota la scelta di impugnare o meno davanti alla Corte costituzionale una legge regionale (o, al contrario, una legge statale se a ricorrere sia una Regione) [C. SALAZAR, *Politicalità e asimmetria nel giudizio in via principale: un binomio in evoluzione?*, in AA.VV., *I ricorsi in via principale*, Atti del Seminario svoltosi in Roma, Palazzo della Consulta, 19 novembre 2010, Milano, 2011, 45 ss.]. Per quanto un ricorso debba essere redatto esponendo argomentazioni puramente giuridiche, non può escludersi che la sua presentazione trovi giustificazione anche in ragioni di opportunità politica, soprattutto quando Stato e Regione siano espressione di maggioranze confliggenti e, quindi, portatori, attraverso i propri atti, di una diversa prospettiva sui diritti e sulla vita.

Al di là di questa considerazione, improntata al più assoluto “realismo”, il ricorso governativo è impostato seguendo il consueto “schema” parametrico, cui si è dato conto nel rispondere alla Domanda I. Esso lamenta, in via principale, l’illegittimità dell’intera legge regionale, lesiva della competenza esclusiva dello Stato in ordine a “ordinamento civile e penale” e alla “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali”, e, in via subordinata, l’incostituzionalità di alcune singole disposizioni in cui la Regione Toscana non si sarebbe limitata alla mera attuazione di quanto già disposto dalla Corte costituzionale, ma avrebbe apportato una disciplina innovativa, in grado di incidere sulla sostanza del diritto alla vita, ad esempio con la previsione – all’art. 3 – di una “Commissione multidisciplinare permanente” (non menzionata dal Giudice delle leggi nella sentenza n. 242/2019).

La peculiarità della vicenda emerge dal fatto che il ricorso governativo non sarebbe la prima iniziativa diretta a sollecitare un controllo sul rispetto del riparto di competenze definito a livello costituzionale da parte della legge regionale citata, infatti, tale atto aveva già dovuto superare il vaglio da parte del Collegio regionale di garanzia statutaria della Toscana, il quale, con la Deliberazione 11 marzo 2025, n. 2, ha ritenuto che il legislatore regionale avesse esercitato la propria funzione nel rispetto dei principi fissati dallo Statuto.

Il punto più delicato di questa vicenda sta nella specifica competenza attribuita al Collegio di garanzia statutaria, il quale è chiamato a vagliare una delibera legislativa sotto l’esclusivo profilo della sua compatibilità statutaria, con un effetto meramente sospensivo dell’iter e una decisione che non vincola all’adeguamento il legislatore regionale.

Se i parametri alla luce dei quali il Collegio è chiamato a svolgere il proprio controllo sono soltanto quelli stabiliti dallo Statuto, è ben chiaro che ad esso non potrebbe essere chiesta una verifica sul rispetto dell’assetto delle competenze legislative stabilito dalla Costituzione, in quanto si tratta di una valutazione che pertiene in via esclusiva alla Corte costituzionale. Eppure l’istanza presentata dalle opposizioni consiliari era strutturata seguendo uno schema che, per larghi tratti, è ripreso dal successivo ricorso governativo.

Il Collegio avrebbe potuto sicuramente trovare gli argomenti per dichiarare inammissibile l’istanza, ma ha comunque ritenuto di poter procedere ad un esame nel

merito e per giungere a ciò ha fatto ricorso ad una complessa opera di ricostruzione del parametro.

Se la Regione è tenuta a rispettare tutte le disposizioni statutarie, comprese quelle di principio, tra queste va annoverato l'art. 3, comma 2, dello Statuto che rinvia al principio di eguaglianza. In questo senso, secondo il Collegio, l'istanza non era diretta a sollecitare un inammissibile controllo sul corretto esercizio della competenza legislativa da parte della Regione, ma solo a verificare se dalla violazione delle disposizioni costituzionali sul riparto di competenza legislativa fosse possibile ricavare, quale effetto riflesso, una lesione dell'eguaglianza tra le persone nel godimento dei diritti.

Questa soluzione argomentativa non è andata esente da critiche [G. CONTI, *Dare a Cesare quel che è di Cesare (E comunque meglio Kierkegaard di San Tommaso)*, in *Osservatorio sulle fonti*, 1/2025, 66], perché rischiava di duplicare impropriamente il controllo di costituzionalità svolto dal Giudice delle leggi, ma, tornando a quesito posto, fornisce una prima lettura di come i criteri competenziali possano essere intesi a giustificazione dell'intervento regionale in materia di fine vita, anche se con il rischio sempre vivo che la tesi del Collegio possa essere smentita dalla Corte costituzionale. Infatti, a conclusione dell'articolata motivazione, l'organo di controllo regionale ha ritenuto che l'intervento della Regione non fosse riconducibile ad ambiti riservati allo Stato, ma alla materia concorrente della "tutela della salute", ragion per cui, da un esercizio della funzione legislativa rispettoso del riparto costituzionale delle competenze non poteva derivare una violazione del principio di eguaglianza da parte della Regione.

Chiusa questa parentesi, utile perché riferita ad una preliminare occasione di vaglio sul rispetto del riparto di competenze, destinato a trovare ulteriori sviluppi nella decisione sul ricorso promosso dal Governo, si deve osservare come, adendo in via principale la Corte l'Esecutivo abbia voluto rivendicare la propria priorità a regolare la materia del fine vita. Per quanto ciò possa a prima vista sembrare paradossale, se si considerano i lunghi anni di "latitanza" del legislatore statale, il quale non ha ancora dato seguito alle richieste di intervento in più occasioni formulate dalla Corte costituzionale, oggi questa rivendicazione andrebbe letta "in parallelo" con i più recenti sviluppi che hanno portato, a inizio luglio 2025, alla presentazione all'Assemblea del Senato di un testo unificato, frutto dei lavori svolti dalle Commissioni congiunte 2° e 10°, fortemente innovativo degli originari disegni di legge da cui è scaturito.

È condivisibile, quindi, la lettura che la Domanda a cui si risponde fornisce, vale a dire che tra l'impugnazione della legge regionale toscana e la necessità di un intervento del legislatore statale che disciplini finalmente il suicidio medicalmente assistito esiste una stretta connessione. Tant'è vero che con il ricorso il Governo intende rivendicare una propria competenza esclusiva nel fine vita, procedendo di pari passo ad attivarsi sul piano legislativo con la presentazione di una proposta che sintetizza le posizioni della maggioranza politica sul tema.

Il quesito che a questo punto sorge sposta l'attenzione dalle competenze alla sostanza dei contenuti. Anche a voler ritenere che il legislatore statale sia l'unico soggetto abilitato ad adottare una legge sul fine vita che possa offrire adeguate garanzie di uniformità sul territorio nazionale, non è detto che ciò debba tradursi

automaticamente in un maggior rispetto dei principi che la Corte costituzionale ha posto a fondamento delle sue decisioni.

La lettura del recente testo unificato di maggioranza pare confermare questa impressione.

In attesa della conclusione dell'iter legislativo, che potrebbe portare a ulteriori significative modifiche, ad oggi i suoi tratti caratterizzanti sono: a) l'obbligo di inserire il richiedente suicidio medicalmente assistito in un percorso di cure palliative come condizione per vedere accolta la sua domanda; b) l'affidamento della designazione dei membri del Comitato nazionale di valutazione a un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri; c) l'esonero delle strutture del Servizio sanitario dall'assistenza diretta nel suicidio; d) la definizione di una procedura piuttosto lunga per la valutazione della sussistenza dei presupposti da parte del Comitato (sessanta giorni, prorogabili per un massimo di altri sessanta ove fossero richiesti determinati pareri e il Comitato lo stimasse necessario); e) la previsione di un termine di centottanta giorni per ripresentare la richiesta in caso di parere negativo del Comitato sulla sussistenza dei presupposti.

Se si pongono a confronto alcune di queste scelte con quelle fatte proprie dal legislatore toscano si può notare come, da un certo punto di vista, quest'ultimo ha seguito in modo più puntuale i precetti della Corte costituzionale, rispetto a quanto vorrebbe fare il legislatore nazionale con il progetto oggi in discussione davanti alle Camere. Accogliere l'invito a provvedere da parte del legislatore non significa soltanto rispettare i criteri che presidiano il riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni, ma anche adottare una disciplina che tenga conto delle indicazioni fornite dal Giudice costituzionale, soprattutto per quanto attiene al ruolo delle strutture del Servizio sanitario nazionale (non è casuale che la Corte, quando accenna a queste strutture, parli di mera "declinazione" del loro ruolo, lasciando intendere che la discrezionalità del legislatore non potrebbe spingersi fino al punto di pretermetterlo completamente).

GIOVANNA RAZZANO

Mi sembra che l'impugnazione statale della legge toscana fosse, per i motivi che precedono, giuridicamente giustificata e politicamente attesa: la legge toscana sul suicidio assistito è tutta costruita in modo da evitarla. Quanto all'"inerzia del legislatore statale", non va dimenticato che la Corte costituzionale ha dichiarato di dover pronunciare la sent. n. 242/2019 proprio per superare l'inerzia parlamentare, che aveva mancato di colmare il *vulnus*. Nella sent. n. 135/2024, poi, la Corte ha affermato che *«dovrà riconoscersi un significativo spazio alla discrezionalità del legislatore, al quale spetta primariamente il compito di offrire una tutela equilibrata a tutti i diritti di pazienti che versino in situazioni di intensa sofferenza. Il che esclude possa ravvisarsi, nella situazione normativa attuale, una violazione del loro diritto all'autodeterminazione»*.

La c.d. "inerzia del legislatore statale" - non nascondiamocelo - rappresenta poi una enorme questione. È, forse, la questione costituzionale del momento. Essa attiene al

ruolo che la Costituzione assegna alla Corte costituzionale, al ruolo del Parlamento, al principio democratico, a quello della sovranità popolare, della rappresentanza e della divisione dei poteri. Non è un caso che la doppia pronuncia Cappato abbia suscitato una montagna di critiche e un profluvio di reazioni da parte della dottrina, anche quella ideologicamente favorevole al suicidio assistito e all'eutanasia. Si tratta di questioni innegabilmente politiche, oltre che etiche, che in ambito politico andrebbero valutate con piena discrezionalità rispetto all'*an*, al *quomodo* e al *quando*. La sentenza *Nicklinson* della Corte suprema inglese, più volte richiamata dalla giurisprudenza della Corte costituzionale italiana, ha lasciato il Parlamento britannico libero innanzitutto di decidere *se* introdurre o meno il suicidio assistito nell'ordinamento.

Inoltre, trattandosi di temi, come già ricordato, «ad altissima sensibilità etico-sociale», che attengono alla vita e alla morte, ai principi supremi e ai diritti inviolabili, all'ordinamento civile e penale, alla persona e allo Stato, le relative decisioni politiche dovrebbero, semmai, tradursi in leggi di rango costituzionale e sottratte a maggioranze occasionali [cfr. A. RUGGERI, ad es. in *Il testamento biologico e la cornice costituzionale (prime notazioni)*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2009].

Viene infine alla memoria l'opinione della giudice della Corte suprema USA Ruth Bader Ginsburg, secondo cui questioni eticamente sensibili e divisive - come a suo tempo l'aborto in riferimento alla sentenza *Roe c. Wade* del 1973 - dovrebbero essere gestite dal Congresso piuttosto che dalla Corte Suprema, secondo un approccio più democratico e rappresentativo, trattandosi di temi sociali e politici complessi, che non possono essere affidati a decisioni giudiziarie. Più di recente, con riguardo alla questione decisa dalla sentenza *Dobbs v. Jackson* del 2022, alcune associazioni femminili hanno imputato alla Corte suprema USA un atteggiamento paternalista nei confronti del Parlamento, per essersi auto-assegnata la competenza su di un tema di natura politica, che spetta come tale agli elettori, alle elettrici e ai loro rappresentanti.

Condivido tali rilievi e nella fattispecie non ritengo che la Corte costituzionale possa ordinare attività legislativa al Parlamento, né che quest'ultimo abbia il dovere di legiferare ed essere quindi giudicato “inerte” o “inadempiente”, poiché, quale organo dello Stato rappresentativo della sovranità popolare, gode di piena discrezionalità politica, nel senso di attività *libera nel fine* [cfr. ad es. V. CRISAFULLI, *Lezioni di diritto costituzionale*, II, *La Corte costituzionale*, Padova, 1984, 369].

DAVIDE SERVETTI – CHIARA TRIPODINA

Una prima considerazione, su un piano di politica del diritto costituzionale, è la seguente: di fronte ai ripetuti moniti di Palazzo della Consulta – il cui *climax* è evidente nella sequenza delle più recenti pronunce in materia (nn. 135 del 2024, 66 e 132 del 2025) –; di fronte alla mole crescente del contenzioso giudiziario penale e civile, alimentato anche in funzione di disobbedienza civile; di fronte alla scelta di assunzione di responsabilità di alcune Regioni nei confronti delle persone malate incurabili instanti il suicidio medicalmente assistito sul loro territorio; di fronte a tutto a ciò, il contributo

dello Stato per garantire i beni costituzionali coinvolti ben avrebbe potuto esprimersi nell'approvazione di norme regolatrici della materia di livello nazionale, piuttosto che nella (pur legittima) opposizione a interventi regionali, in difesa di competenze che non v'è segnale esso intenda esercitare.

Né va dimenticato che proprio la pluralità di pronunce della Corte costituzionale pone ormai di fronte all'esigenza di una disciplina, che non solo rimedi al *vulnus* costituzionale rilevato e affrontato in origine dalla Corte con la sentenza del 2019, ma si faccia altresì carico della situazione prodottasi nell'ordinamento giuridico a esito di tale – per alcuni versi discutibile – pronuncia; una situazione tutt'altro che priva di incertezze. Tanto che la Corte costituzionale stessa, chiamata a giudicare sulla legittimità costituzionale del sistema normativo da essa creato – *iudex in re sua* –, ha dovuto ricorrere a sentenze di “interpretazione autentica” per tentare di chiarirne i contenuti. Evidenziando, in ultima analisi, i limiti strutturali di un diritto a matrice prevalentemente giurisprudenziale, che rendono non condivisibili le prassi e le teorie che puntano a una marginalizzazione, anziché a una riconquista a dignità, del diritto politico proveniente dalle istituzioni democratico-rappresentative.

Alla luce di ciò, il nostro auspicio è che le istituzioni della Repubblica – politiche, giurisprudenziali, amministrative, a ogni livello – sappiano recuperare un adeguato livello di reciproca leale collaborazione, superando i concetti per molti versi sterili di inerzia, supplenza, cedevolezza, conflitto..., nel segno dell'attuazione costituzionale, tanto sotto il profilo dei diritti che dei doveri. Auspicio che vale, *mutatis mutandis*, anche per le organizzazioni della società civile.

Tutto ciò premesso, con riguardo agli argomenti spesi nel ricorso governativo contro la legge toscana, la tesi principale della difesa erariale è che la disciplina dell'aiuto al suicidio, incidendo su «diritti personalissimi, tra i quali quello alla vita, preconditione di tutti i diritti, e all'integrità», rientri nella competenza esclusiva statale in materia di ordinamento civile e penale. Sostiene, di conseguenza, che anche le verifiche e gli accertamenti di natura medica delle condizioni integranti le cause di non punibilità dell'aiuto al suicidio vadano assorbite in tale titolo di competenza; o, se rientranti nell'ambito della tutela della salute, che rientrino comunque nella disciplina rimessa alla legislazione statale di principio, sia perché discendenti senza soluzione di continuità dall'«assetto che nell'ordinamento civile e penale» si è ritenuto di dare all'istituto», sia perché una regolamentazione difforme sul territorio nazionale non sarebbe tollerabile rispetto all'attuazione di diritti fondamentali.

L'illegittimità della legge toscana, e in particolare della disposizione che riconosce l'erogazione gratuita delle prestazioni di aiuto al suicidio da parte del Servizio sanitario regionale, è argomentata anche in base alla violazione della competenza esclusiva sulla determinazione dei livelli essenziali e, nuovamente, della riserva statale sui principi fondamentali in materia di tutela della salute. A tal proposito, la tesi dell'Avvocatura ruota intorno all'impossibilità di qualificare le attività mediche di aiuto al suicidio quale oggetto di un diritto a prestazione, dal momento che un “diritto a morire” nel nostro ordinamento giuridico non esiste; il che impedirebbe alle Regioni di disporre l'erogazione di “prestazioni superiori” rispetto ai livelli essenziali previsti

dalla legge statale, oltre al fatto che nessun “livello minimo” è stato mai introdotto dallo Stato.

Specifiche censure sono infine portate alle norme regionali concernenti l’istituzione e le competenze delle commissioni multidisciplinari permanenti e l’attribuzione ai comitati per l’etica nella clinica della funzione consultiva, che la sentenza del 2019 riferisce invece ai comitati etici territoriali.

Senza poter qui dar luogo a una critica analitica degli argomenti sopra richiamati, è possibile qualche considerazione essenziale. In primo luogo, l’argomento dell’integrale riconducibilità della disciplina dell’aiuto al suicidio alla competenza esclusiva sull’ordinamento civile e penale non è condivisibile, per il semplice fatto che è la stessa Corte costituzionale a chiamare in causa la procedura medicalizzata di cui all’art. 1, comma 5, della l. n. 219 del 2017 e a prevedere attività di accertamento e verifica in capo alle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale, sicché non è possibile negare la rilevanza anche della materia ripartita “tutela della salute”.

Anche l’argomento relativo al rapporto tra livelli essenziali statali e livelli aggiuntivi regionali pare mal posto. A parte l’annosa questione per cui la nozione di “livello minimo” è radicalmente inadatta a descrivere il carattere “essenziale” dei livelli, quando una Regione, nell’esercizio della propria potestà in materia di tutela della salute, introduce a proprio carico prestazioni non ricomprese nei livelli essenziali, queste devono essere finalizzate alla protezione della dignità umana, alla soddisfazione di bisogni di salute, nonché al rispetto del principio di appropriatezza clinica e organizzativa (art. 1, commi 2 e 7, d.lgs. n. 502 del 1992). Si può trattare di prestazioni che si “innestano” su tipologie già ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, oppure di tipologie non previste affatto da questi ultimi: quel che conta è che siano rispettati i menzionati principi e – per costante giurisprudenza costituzionale – che la Regione non sia sottoposta a un piano di riqualificazione e rientro. È questo, a nostro avviso, lo schema di giudizio in base al quale andrebbe sindacata anche la norma della legge toscana.

Quanto alle censure alle disposizioni concernenti le commissioni multidisciplinari permanenti e i comitati per l’etica clinica, esse ci paiono carenti alla luce di quanto la stessa Corte costituzionale afferma nella sua giurisprudenza, che individua i comitati etici territorialmente competenti come organi consultivi terzi rispetto al Servizio sanitario nazionale “nelle more dell’intervento del legislatore”. La legge toscana, senza alterare il principio per cui sono le strutture del Servizio sanitario regionale a dover provvedere agli accertamenti e alle verifiche delle condizioni e dei modi del suicidio medicalmente assistito, ha semplicemente attribuito le funzioni consultive a un organo terzo con competenze di etica clinica ritenuto più idoneo rispetto a quello individuato dalla Corte.

IV Domanda

Come valuta il ruolo assunto da alcune Regioni nel disciplinare l'accesso al suicidio assistito attraverso atti amministrativi?

STEFANO AGOSTA

Non è possibile valutare il ruolo assunto da alcune Regioni nel disciplinare l'accesso al suicidio assistito mediante atti amministrativi senza prendere, innanzitutto, le mosse dal presupposto per cui la materia del fine-vita si ritiene prevalentemente rientrante in quella dell'«ordinamento civile e penale» di cui all'art. 117, comma 2, *lett. l)*, Cost.: nonostante ciò evidentemente impedirebbe tali provvedimenti per incompetenza dell'ente regionale, l'attuale contingenza ha lo stesso visto talune Regioni mettere in campo una serie di iniziative amministrative in tal senso.

Già in occasione di precedenti esperienze, invero, le strutture sanitarie regionali si sono contraddistinte per aver offerto alla cittadinanza prestazioni sanitarie c.d. eticamente sensibili (così è, ad esempio, accaduto in occasione della predisposizione organizzativa del servizio relativo, rispettivamente, all'interruzione volontaria della gravidanza, ai consultori familiari ed alla procreazione medicalmente assistita, in tema di inizio-vita, ovvero di cure palliative, nel caso del fine-vita) [L. BUSATTA, 2024].

Considerata già dotata di tutti i mezzi necessari per appagare le nuove istanze emergenti dalla giurisprudenza costituzionale in materia di suicidio medicalmente assistito [N. VETTORI, 2022], l'amministrazione sanitaria regionale sembra essere stata spinta dall'esigenza, per un verso, di risparmiare ai richiedenti il rischio del logoramento dell'ennesimo procedimento giudiziario [L. CHIEFFI, 2024] e, per un altro, di rispondere alle più pressanti istanze in un ambito in cui il peculiare groviglio di competenze parrebbe determinare ancora un certo margine di incertezza [A. SCALERA, 2025].

Premessa, quindi, l'impossibilità per le Regioni di anticipare lo Stato nella direzione appena vista – a meno di non voler manifestamente violare il riparto costituzionale delle competenze – vale, comunque, la pena rilevare adesso come tale modello di intervento sarebbe fortemente discutibile anche laddove si accedesse all'opposta idea (qui non condivisa) della precedenza della «tutela della salute» di cui all'art. 117, comma 3, cit.: in *assenza* dei principi fondamentali della materia previamente dettati con legge-cornice dello Stato ma in *presenza* di quelli presuntivamente delineati da una pronuncia della Corte costituzionale la Regione ha preferito rinunciare, cioè, alla normazione del fine-vita mediante una legge a tutto favore di un atto amministrativo.

Così succintamente descritto, invero, già il presupposto dell'intervento regionale messo in piedi potrebbe essere discusso, giacché esso sembra dare per scontata una “certa” dimensione dello stesso principio di legalità dell'agire amministrativo *ex art. 97* Cost.: come tale ricomprensivo, vale a dire, le indicazioni provenienti da una disciplina *sostanzialisticamente* più ampia ed integrata – includente, quindi, anche le *rationes*

contenute in altre fonti come, appunto, quelle giurisprudenziali – che non solo *formalisticamente* ristretta ed isolata alla sola fonte di rango, appunto, legislativo, in virtù della sua *auctoritas* [C. CARUSO, 2024]. Secondo questa ricostruzione, insomma, siffatto principio potrebbe dirsi (non solo non violato ma, persino) pienamente soddisfatto *in assenza* di una previa legge statale ma *in presenza* di una pregressa pronunzia giurisdizionale come, appunto, nel caso della sent. n. 242/2019.

In disparte il dubbio sul fatto che tale tesi sia del tutto consolidata, la criticità di tale impostazione si annida, in primo luogo, nel latente pericolo di un aggiramento di fatto del principio di legalità da parte dell'amministrazione sanitaria regionale [invece sdrammatizzato da quanti hanno, invece, evidenziato i vincoli alla potestà amministrativa regionale, comunque, discendenti anche dalla giurisprudenza (N. VETTORI, 2022)]. Nemmeno andrebbe sottaciuto, poi, il rischio di incorrere in sanzioni civili e penali cui tale ricostruzione potrebbe esporre sia gli operatori medico-sanitari che la struttura pubblica *ex se* considerata: così ad esempio, in virtù del principio della riserva di legge, il singolo operatore ed il direttore sanitario potrebbero essere civilmente e penalmente responsabili per una condotta non rispettosa delle indicazioni amministrative regionali ma, al contempo, non “coperta” dalla legislazione previgente in materia [P. CAVANA, 2024].

Venendo alla scelta di privilegiare lo strumento dell'atto amministrativo in luogo della legge, pare ovvio che essa non risulterebbe indifferente né sul piano del *merito*, né su quello del *metodo*. Sul primo, per cominciare, si è fatto notare l'eccesso di procedimentalizzazione di cui la disciplina amministrativa regionale sul punto si è resa, in taluni emblematici casi, autrice: così, però, finendo per burocratizzare – attraverso la previsione di moduli precompilati e procedure dalle ristrette tempistiche – condizioni di umana sofferenza che avrebbero meritato ben più un mero “declassamento” al grado di “comuni” richieste diagnostiche [P. CAVANA, 2024].

Passando poi al crinale del *metodo*, l'adozione dell'atto amministrativo regionale in luogo della legge regionale sembrerebbe apparentemente offrire taluni vantaggi in termini di rapporto tra *democraticità* e *velocità* della decisione pubblica. Così, il provvedimento legislativo – per semplificare al massimo – sarebbe espressivo della prevalenza del valore *democratico* a scapito di quello, per così dire, *temporale* (continuando, tra l'altro, a necessitare del *pendant* offerto dalla decisione amministrativa per pervenire al proprio integrale compimento). Esattamente all'inverso accadrebbe, invece, nel diverso caso del “seguito” amministrativo: laddove, in altre parole, quest'ultimo si dimostrerebbe assai più performante in termini di attuazione pratica del *dictum* giurisprudenziale, a motivo del fatto che tale rapporto di prevalenza si rovescerebbe su sé stesso, ovviamente a favore della velocità decisionale [L. BUSATTA, 2024].

In ragione della estrema delicatezza della materia, tuttavia, siffatta impostazione metodica potrebbe tradire un duplice svantaggio: per un verso, il *pressing* esercitato sul Parlamento da tali iniziative potrebbe finire per condizionarne l'intervento dissimulando talune incoerenze, invece, ancora sussistenti nella giurisprudenza costituzionale [V. PIERGENTILI, 2025] (si pensi alle indicazioni emergenti nella recente sent. n. 132/2025

di cui ci si occuperà, *infra*, nella risposta al sesto ed ultimo degli odierni quesiti); per un altro, essa potrebbe essere espressiva di un *trend* di tipo dirigistico-paternalistico che – escludendo la disciplina del fine-vita dalla libera dialettica maggioranza-opposizioni – potrebbe ledere anche il dibattito democratico intorno a tali temi [P. CAVANA, 2024].

Non si trascuri, infine, il fatto che simili iniziative delle Regioni, presupponendo la propria competenza amministrativa nella materia della «tutela della salute» – qui non condivisa in ragione dell’assorbente vizio di incompetenza *supra* richiamato – ma nella perdurante mancanza sul punto della uniforme individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» *ex art. 117, comma 2, lett. m)*, Cost., rischierebbero di ledere, pure, il fondamentale diritto all’eguale accesso alle prestazioni sanitarie sul territorio nazionale.

Lo strumento amministrativo, difatti, potrebbe pure essere *astrattamente* da preferire, se riguardato dalla angolazione, per così dire, dell’eguaglianza *interna* alla Regione: ciò, a motivo del fatto che l’inevitabile frammentazione derivante dall’“isolamento” al quale sono state sin qui lasciate le singole aziende sanitarie locali si vedrebbe, piuttosto, rimpiazzata da un’unica procedura medica uniformemente individuata su tutto il territorio da parte di un’iniziativa regionale, per così dire, a carattere “unificante” [L. BUSATTA, 2024]. Se assunta dalla diversa, e più ampia, prospettiva dell’eguaglianza *esterna* alla Regione, tuttavia, anche tale iniziativa esporrebbe *concretamente* il fianco a quelle stesse obiezioni che, *infra*, si richiameranno a sfavore di un intervento legislativo regionale in materia, nei termini di una grave discriminazione tra cittadini di Regioni diverse nell’accesso a tale tipo di servizi sanitari.

CARLO CALVIERI

Le Regioni, in assenza di una legge nazionale che regoli in forma organica e dettagliata la materia, hanno cercato di colmare il vuoto normativo con atti amministrativi come delibere, determinazioni o linee guida, al fine di organizzare procedure, tempi e modalità di accesso a forme di “suicidio assistito” in grado di essere prese in carico dalle strutture sanitarie regionali. Tali atti hanno lo scopo di garantire un’applicazione concreta e uniforme dei principi fissati dalla Corte costituzionale nelle sentenze n. 242/2019 e nelle successive decisioni che hanno definito i requisiti di non punibilità dell’aiuto al suicidio.

La Regione Emilia-Romagna ha per esempio adottato una determinazione amministrativa che regola la domanda di accesso al suicidio assistito e istituisce commissioni di valutazione competenti per area vasta, in linea con i principi costituzionali. Allo stesso modo, la Regione Puglia a differenza della Regione Toscana che, come visto in precedenza, ha approvato una legge in materia, ha emanato una delibera finalizzata a stabilire tempi certi e modalità oggettive ai fini dell’erogazione di

questo servizio sanitario al fine di garantire l'eguaglianza e la non discriminazione nel godimento.

Dal punto di vista pubblicistico la "via amministrativa" può essere considerata come un margine di intervento che in astratto può rientrare certamente nel raggio di competenze amministrative regionali funzionali all'organizzazione e gestione dei propri servizi sanitari, anche in assenza di esercizio del potere legislativo sulla materia. Tuttavia, una tale regolazione fondata su atti amministrativi astrattamente idonei a contribuire a garantire sul piano concreto prestazioni assistenziali entro la cornice di diritto riconosciuto dalla Consulta, fornendo qualche certezza operativa in più e maggiore uniformità nel rispetto dei principi fondamentali, potrebbe innescare inevitabili quanto dirompenti conflitti innanzi all'Autorità giudiziaria, di volta in volta competente. Con la conseguenza di alimentare continue contestazioni, delegando alla singola decisione giudiziaria la ricerca della corretta definizione di un tema dai delicatissimi risvolti bioetici e sanitari. Il che potrebbe trasformarsi in un rimedio talvolta peggiore del male. Tanto che alcuni atti amministrativi regionali sono stati oggetto di ricorsi e impugnazioni, esaltando la tensione tra l'esigenza di tutela assistenziale nelle delicate pratiche sanitarie da applicare a pazienti terminali e il rispetto del riparto delle competenze che, in assenza di una legge regionale, avrebbe come parametro di legalità per gli atti amministrativi in questione le sole leggi statali, seppur temperate dai significati normativi additivi offerti dalle decisioni della Corte costituzionale.

L'evidente rischio connesso all'adozione di atti amministrativi è quindi quello di una proliferazione incontrollata del contenzioso che, a sua volta, potrebbe determinare un'ulteriore frammentazione della tutela, non necessariamente omogenea nel territorio e potenzialmente diversa a seconda degli esiti giudiziari e della sensibilità del singolo giudice. In un tale scenario la disciplina affidata ad atti amministrativi regionali volti ad offrire una qualche disciplina all'accesso al suicidio assistito, pur mostrandosi come un contributo operativo significativo, in un contesto di vuoto legislativo sia nazionale che regionale, rischia di essere un rimedio tutt'altro che decisivo lasciando totalmente aperti i maggiori e più rilevanti profili costituzionali già individuati. (Vedi F. PIERGENTILI, A. RUGGERI, F. VARI, *Verso l'introduzione dell'eutanasia ope iudicis? Note minime a margine di un'abnorme questione di legittimità costituzionale*, in *Diritti fondamentali*, 2/2025, 45).

GIAN LUCA CONTI

La disciplina sul fine vita può essere espressa anche attraverso atti amministrativi? È questa la quarta domanda e non è difficile rispondere se si ha chiaro quali sono i limiti di questa disciplina: sicuramente gli atti amministrativi regionali non possono concorrere a definire i presupposti entro i quali la disciplina sul fine vita è destinata ad operare. Non spetta alle regioni individuare i casi in cui colui che soffre irreparabilmente della propria condizione di malato terminale può accedere a trattamenti

che interrompono la sua sofferenza e non spetta neppure al potere esecutivo effettuare una sintesi che ha natura politica perché riguarda l'attuazione di un diritto fondamentale. Vi è qui una riserva di legge che condivide la natura delle riserve di legge di cui al titolo I della Prima parte della Costituzione.

Questa riserva di legge, tuttavia, è relativa e, una volta che la giurisprudenza costituzionale, con analitica e normativa precisione, ha individuato i presupposti che consentono di accedere ai trattamenti di fine vita, le norme di organizzazione che riguardano le modalità con cui tali presupposti devono essere accertati dai presidi sanitari attivi sul territorio non possono essere considerate coperte dalla riserva di legge in punto di presupposti del trattamento finale.

Si tratta semplicemente di norme che individuano la competenza di coloro che dovranno accertare i presupposti fissati dalla Corte costituzionale e, perciò, assicurano uniformità di trattamento ai cittadini nel procedimento amministrativo necessario alla soddisfazione della loro pretesa.

ANTONELLO LO CALZO

Prima che la Regione Toscana giungesse ad approvare la legge n. 16/2025 altre Regioni, di fronte alla difficoltà di pervenire all'approvazione di leggi di analogo tenore (da ultimo, si veda il caso della Regione Abruzzo in cui il Consiglio, il 19 giugno 2025, si è espresso in senso contrario all'adozione di una legge regionale sul fine vita), si erano mosse nella direzione di garantire adeguata applicazione alle indicazioni della Corte costituzionale in materia mediante atti di natura amministrativa.

La ragione di questa scelta traeva origine anche dalla nota che il Ministero della Salute aveva inviato alla Conferenza delle Regioni [Ministero della Salute, GAB, 0020339-P-09/11/2021, I.8.d.m./2019/52] al fine di sollecitare le Regioni e le Province autonome all'individuazione di uno o più comitati etici ai quali le strutture sanitarie potessero rivolgersi per acquisire il parere richiesto dalla Corte costituzionale nel caso di istanze di suicidio medicalmente assistito [Sul punto D. CODUTI, *Fine vita e Regioni: superare l'impasse legislativa ricorrendo a provvedimenti amministrativi?*, in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, Torino, 2025, 250 ss.].

Ad oggi si riscontrano sostanzialmente due casi in cui le Regioni hanno dato seguito alla nota ministeriale mediante atti amministrativi con cui hanno apportato elementi innovativi rispetto alle indicazioni provenienti dal Governo: quello della Puglia e quello dell'Emilia-Romagna (ai quali può affiancarsi il caso delle Marche, ove è stata l'Azienda sanitaria unica ad aver istituito un gruppo tecnico per l'individuazione delle modalità più idonee per verificare le condizioni di ammissione al suicidio assistito).

La prima ha individuato il Comitato etico presso il Policlinico di Bari quale soggetto abilitato a fornire pareri in ipotesi di suicidio medicalmente assistito tramite la deliberazione della Giunta regionale n. 18 del 18 gennaio 2023; la seconda ha adottato

un più articolato quadro di provvedimenti che hanno trovato il loro “apice” nella deliberazione della Giunta n. 194 del 5 febbraio 2024, con cui è stato istituito il Comitato Regionale per l’Etica nella Clinica (COREC). Su tale deliberazione pende tutt’ora il ricorso presentato dal Governo di fronte al TAR Emilia-Romagna, per di più gravato dalla sospensione cautelare concessa dal giudice amministrativo con decreto del 24 aprile 2025.

Rispetto all’utilizzo di atti amministrativi regionali, quali fonti adeguate a dare attuazione al dettato della Corte costituzionale e a garantire l’effettività dell’accesso al suicidio assistito, in dottrina sono state manifestate posizioni diverse. Da una parte, c’è chi ha ritenuto che tali atti sarebbero da preferire alla legge regionale, in quanto consentirebbero di soddisfare più rapidamente le esigenze di effettività del diritto, senza sottostare ai vincoli imposti da un riparto di competenze non sempre “cristallino” [Come rileva L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, in *Osservatorio AIC*, 3/2024, 188 s.; nonché ID., *Regioni e fine vita: a proposito della legge toscana sul suicidio medicalmente assistito*, in *Osservatorio AIC*, 4/2025, 111]; dall’altra, è stato però evidenziato che «in assenza di una legge statale in materia [...] è presumibile che le Regioni [...] continuino a muoversi in ordine sparso, anche adottando problematici provvedimenti amministrativi che incidono direttamente sui diritti fondamentali delle persone, senza una cornice normativa minima e uniforme di garanzie (anche per il personale sanitario) che solo la legge statale può offrire» [D. CODUTI, *Fine vita e Regioni*, cit., 264].

Ad ogni modo, la scelta dell’atto amministrativo in luogo della legge regionale non sposta in maniera significativa i termini sostanziali della questione. Se il problema riguarda solo il corretto riparto delle competenze legislative, potrebbe ovviare ad alcuni inconvenienti che la lamentata violazione dell’art. 117 Cost. solleva. Tuttavia, ove la contrarietà al suicidio assistito risieda in più profonde radici “sostanziali” (se non morali, etiche, ideologiche, come è prevedibile su un tema in grado di provocare profonde fratture nella comunità degli studiosi, così come nella comunità civile), non sarebbe facilmente tollerabile qualsiasi intervento “decentrato” – indipendentemente dalla natura della fonte con cui è posto – e un intervento del legislatore statale lo sarebbe solo a condizioni particolarmente restrittive rispetto ai criteri che la Corte costituzionale ha fissato nella sua giurisprudenza.

GIOVANNA RAZZANO

Uno Stato di diritto si riconosce come tale se è effettivamente caratterizzato dal principio di legalità, per cui ogni attività autoritativa - specie quella della pubblica amministrazione - è subordinata alla legge, che individua i fini da perseguire e gli interessi da tutelare. In questo ambito «*ad altissima sensibilità etico-sociale*», dove l’aiuto al suicidio resta un reato (salvo ipotesi di non punibilità), dove manca la legislazione statale che contempra, all’opposto, il suicidio assistito come prestazione,

non vi sono margini di intervento per la legge regionale. Di conseguenza non vi sono neppure margini per provvedimenti amministrativi regionali che organizzino e regolino l'aiuto al suicidio.

Chi afferma che «il compito di realizzare il dispositivo della sentenza spetta certamente anche alle Regioni, ma compete *in primis* all'amministrazione sanitaria, braccio operativo della Costituzione, prima ancora che della legge» (L. BUSATTA, *Regioni e fine vita: a proposito della legge toscana sul suicidio medicalmente assistito*, in *Osservatorio costituzionale*, 4/2025, 112), tralascia di considerare non solo il principio di legalità, ma anche che i dispositivi delle sentenze non «si realizzano», perché l'art. 136 Cost. dispone che la norma di legge dichiarata incostituzionale (nel nostro caso l'art. 580 c.p., dichiarato parzialmente incostituzionale) cessa di avere efficacia dal giorno successivo alla pubblicazione della decisione, la quale è altresì «*pubblicata e comunicata alle Camere ed ai Consigli regionali interessati affinché, ove lo ritengano necessario, provvedano nelle forme costituzionali*». Lungi dall'essere mere formalità, si tratta di cardinali principi costituzionali. Come ha affermato la stessa Corte costituzionale nella sent. n. 171/2007, «*l'assetto delle fonti normative è uno dei principali elementi che caratterizzano la forma di governo nel sistema costituzionale. Esso è correlato alla tutela dei valori e dei diritti fondamentali*».

In questo caso, fra l'altro, il valore e il diritto fondamentale che viene in rilievo, come si evince anche dalla giurisprudenza costituzionale in materia, è la tutela della vita, a garanzia delle persone specialmente vulnerabili. Ed è dunque da escludere che la pubblica amministrazione, attraverso regolamenti o atti amministrativi, possa allentare la garanzia del diritto alla vita e non applicare leggi vigenti poste a tutela di un bene, «*che si colloca in posizione apicale nell'ambito dei diritti fondamentali della persona*» (sent. n. 50/2022).

DAVIDE SERVETTI – CHIARA TRIPODINA

Le iniziative regionali di natura amministrativa alle quali il quesito fa riferimento sono diverse tra loro. La più organica risulta quella della Regione Emilia Romagna, che ha emanato due atti strettamente connessi: la delibera di giunta del 5 febbraio 2024, n. 194, istitutiva del Comitato regionale per l'etica clinica, e la determinazione dirigenziale del 9 febbraio 2025, n. 2596, recante *Istruzioni tecnico-operative per la verifica dei requisiti previsti dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019 e delle modalità per la sua applicazione*. Si tratta dell'unica iniziativa amministrativa, alla quale è possibile attribuire un carattere propriamente normativo (anch'essa impugnata dal Governo di fronte al giudice amministrativo). Particolarmente il carattere normativo si rinviene nella determinazione dirigenziale, il cui contenuto va al di là del tenore tecnico-operativo dichiarato nell'intitolazione: non manca, infatti, di individuare i presupposti normativi e fattuali delle norme procedurali e sostanziali da essa discrezionalmente dettate, tra cui l'affidamento al Comitato regionale per l'etica clinica della funzione di rendere il parere previsto dalla giurisprudenza della Corte.

Una portata assai più ridotta ha la delibera della giunta regionale della Puglia del 18 gennaio 2023, n. 18, intitolata *Attuazione sentenza Corte Costituzionale 242/2019 - Comitato etico territorialmente competente*, che conferma l'individuazione del Comitato etico istituito presso l'Azienda ospedaliero consorziale Policlinico di Bari quale organo terzo consultivo, e ribadisce l'obbligo delle aziende sanitarie regionali di assicurare l'applicazione della decisione della Corte.

Alcuni commentatori hanno contemplato tra le iniziative regionali anche quella assunta dall'Azienda sanitaria unica regionale delle Marche, che ha istituito un gruppo tecnico per l'individuazione delle modalità più adeguate ad assicurare una morte rapida e dignitosa a chi presenti le condizioni sostanziali indicate dalla Corte. Tale iniziativa, oltre a essere stata adottata dall'azienda sanitaria e non dalla Regione, è stata assunta per ottemperare all'ordinanza del Tribunale di Ancona del 9 giugno 2021, con la quale veniva ordinato all'azienda di procedere agli accertamenti e alle verifiche stabiliti dalla giurisprudenza costituzionale. Queste circostanze conducono a reputare l'iniziativa delle Marche strumentale all'applicazione della sentenza della Corte in un caso concreto, più che veicolo di regole generali volte alla sua attuazione da parte dell'amministrazione sanitaria.

È da notare che sia la determinazione dirigenziale emiliano-romagnola sia la delibera di giunta pugliese assegnano nelle proprie premesse centrale rilievo alle sollecitazioni rivolte, tra il 2021 e il 2022, dal Ministero della salute a tutte le Regioni rispetto alla necessità di garantire da parte dei rispettivi Servizi sanitari regionali piena attuazione della sentenza costituzionale del 2019. Si tratta di due lettere: la prima, a firma del capo di gabinetto del Ministro della salute, del 9 novembre 2021, indirizzata alla segreteria della Conferenza delle Regioni, con la richiesta di promuovere presso ciascuna Regione l'individuazione, entro il 10 gennaio successivo, dei comitati etici competenti a rendere il parere previsto dalla sentenza; la seconda inviata il 20 giugno 2022 direttamente dal Ministro ai presidenti delle regioni, che afferma che, nelle more di un intervento legislativo statale, «le strutture del servizio sanitario nazionale sono chiamate a dare attuazione in tutti i suoi punti alla richiamata sentenza della Consulta. Una volta che la rigorosa procedura di verifica delle condizioni individuate dalla Corte costituzionale sia stata attuata e completata, con il previsto coinvolgimento anche del Comitato etico competente, è evidente che i costi del suicidio medicalmente assistito non possano ricadere sul paziente che, seguendo l'iter indicato dalla Consulta, si sia rivolto al Servizio Sanitario Nazionale».

Tali iniziative del Ministero rappresentano un fatto istituzionale non trascurabile. Esse testimoniano che, in quel momento storico – in nulla differente rispetto a quello presente, dal punto di vista del diritto oggettivo –, ad avviso dell'allora vertice politico-amministrativo della sanità, l'applicazione della decisione della Corte in materia di suicidio medicalmente assistito richiedesse alle Regioni di attivarsi sul piano amministrativo, individuando i soggetti competenti a svolgere i passaggi procedurali previsti e garantendo la gratuità del procedimento. L'attuazione per via amministrativa della sentenza da parte delle Regioni era dunque considerata una soluzione adeguata e in un certo senso dovuta, prima che prendesse corpo la vicenda della proposta di legge

regionale di iniziativa popolare e che presso le istituzioni di molte Regioni si aprisse il dibattito sull'opportunità se procedere con atto legislativo o amministrativo.

Così ricostruita la storia, trovano un miglior inquadramento le riflessioni circa la preferibilità della legge o dell'atto amministrativo, quale veicolo di una disciplina regionale attuativa della sentenza n. 242 del 2019. Può dirsi che, finché la Regione si limita a individuare e specificare le funzioni già attribuite dalle norme giurisprudenziali all'amministrazione regionale, l'opzione tra norma legislativa e regolamentare resti sostanzialmente libera. Più, invece, la disciplina regionale si fa carico di integrare i principi fondamentali ricavabili dalla legislazione statale e dalla giurisprudenza costituzionale, aumentando la discrezionalità di alcune scelte, più cresce la preferibilità della legge quale fonte adeguata ad assumerle: è il caso della scelta circa la gratuità delle prestazioni (che, incidendo sul bilancio regionale, può, in via teorica, porre anche un problema di rispetto della riserva di legge di bilancio), delle questioni che interessano i rapporti tra struttura procedente e organo consultivo, della decisione sul se e come assicurare presso le strutture e con il personale del Servizio sanitario regionale l'esecuzione del suicidio medicalmente assistito (ma su quest'ultimo profilo, cfr. risposte 5 e 6).

Se tutto ciò porterebbe a preferire un'assunzione di responsabilità da parte del legislatore regionale sulle questioni più complesse e di contenuto più politico, tuttavia non si può tacere che nell'ordinamento sanitario larga e diffusa è la prevalenza della regolazione per via amministrativa, anche con riferimento a determinazioni fondamentali (come ad esempio con riguardo ai livelli essenziali di assistenza). Né si può obliterare che l'impegno che grava sulla Repubblica di dare garanzia ai diritti costituzionali (o che, come in questo caso, trovano fondamento e disciplina nella giurisprudenza costituzionale), grava direttamente anche sulla pubblica amministrazione, senza che si renda per forza necessaria una intermediazione legislativa, qualora i termini del suo intervento siano comunque delineati (cfr. vicenda Englaro, che ha chiarito che *il riconoscimento di un diritto da parte della giurisprudenza, pur in assenza di legge, non esclude la sua esigibilità nei confronti dell'amministrazione sanitaria*: Tar Lombardia, sez. III, 26.1.2009, n. 214; Cons. Stato, sez. III, 2.9. 2014, n. 4460).

V Domanda

Considerando, da un lato, il principio di eguaglianza affermato all'art. 3 Cost., e, dall'altro, la necessità di pervenire, secondo la Corte costituzionale, ad una regolamentazione legislativa della materia del suicidio assistito, può dirsi costituzionalmente legittimo un assetto normativo in cui l'accesso al suicidio medicalmente assistito varia da Regione a Regione?

Richiamando anche in questa sede quanto si è già anticipato in occasione della risposta ai precedenti quesiti, nell'ambito del fine-vita in discussione si ritiene *precedente* la materia dell'«ordinamento civile e penale» di cui all'art. 117, comma 2, *lett. l*), Cost. e, corrispondentemente, solo *successiva* quella della «tutela della salute» *ex art.* 117, comma 3, *cit.* Va dunque da sé che – muovendo da tale presupposto – non può esservi legittimamente spazio per un assetto normativo in cui l'accesso al suicidio medicalmente assistito vari da Regione a Regione: ciò, evidentemente, per il semplice motivo che le Regioni non sarebbero costituzionalmente abilitate a dettare norme in un campo esclusivamente riservato all'intervento dello Stato.

Pure volendo astrattamente accedere all'opposta ricostruzione della precedenza sul punto della «tutela della salute» – ed anche virtualmente ammettendo (cosa che, comunque, non si condivide) che la Regione sia competente a legiferare in *assenza* dei principi fondamentali della materia previamente predisposti con legge-quadro statale (ma in *presenza* di altri principi fondamentali deducibili da un verdetto della Corte costituzionale) – assai discutibile appare che ciascuna Regione possa in maniera diversificata disciplinare l'accesso al suicidio medicalmente assistito in mancanza della previa determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» a norma dell'art. 117, comma 2, *lett. m*), Cost.

Come si è già tentato di dire, l'ambito del fine-vita che oggi ci intrattiene inevitabilmente finisce per coinvolgere una serie di diritti costituzionali di natura “sensibile” [M.G. NACCI, 2023] tra i quali, in particolare, non può che spiccare quello alla vita e quello all'integrità psico-fisica ed a ricevere cure efficaci.

Sul piano *bioetico*, invero, lo stesso Comitato nazionale di bioetica ha già con forza segnalato la necessità di produrre «(...) ogni sforzo per evitare che vi siano approcci troppo differenziati o addirittura contrastanti nella valutazione delle condizioni indicate dalla Corte costituzionale (...)» [Comitato nazionale di bioetica, 2023 (su cui L. BIANCHI, 2024; A. CANDIDO, 2024; L. CHIEFFI, 2024)]. Sul diverso profilo *giuridico*, del resto, la Consulta aveva ormai da tempo evidenziato che «il diritto della persona di essere curata efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica, e di essere rispettata nella propria integrità fisica e psichica (...) deve essere garantito in condizione di eguaglianza in tutto il paese, attraverso una legislazione generale dello Stato basata sugli indirizzi condivisi dalla comunità scientifica nazionale e internazionale» [Corte cost., sent. n. 5/2018 (punto 7.2.2. *cons. dir.*, secondo cpv)].

A rafforzare tale, già pressante, esigenza contribuirebbe, infine, il non secondario rischio – sul versante *tecnico* [Avvocatura dello Stato, Parere 2023] – della disomogeneità delle eventuali interpretazioni cui potrebbe dare luogo l'elevata specializzazione tecnica di taluni dei requisiti individuati dallo stesso Tribunale costituzionale tra i quali, ad esempio, quello del trattamento di sostegno vitale.

Per non rischiare di violare frontalmente il principio di eguaglianza è, perciò, ovvio che l'uniforme accesso alle prestazioni eventualmente a carico del servizio

sanitario nazionale avrebbe dovuto essere previamente fissato dalla legislazione esclusiva dello Stato in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni *supra cit.* [M.G. NACCI, 2023; L. BIANCHI, 2024; L. CHIEFFI, 2024]. A ritenere diversamente, d'altro canto, non si spiegherebbe la natura di “materia non materia” di quest'ultima – riconosciuta invece come tale, è ormai noto, dalla stessa giurisprudenza costituzionale già a ridosso della riforma del Titolo V – per cui «non si tratta di una ‘materia’ in senso stretto, ma di una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle» [Corte cost., sent. n. 282/2002 (punto 3 *cons. dir.*, quarto cpv)].

«Se è evidente che le leggi regionali non possono pretendere di esercitare una funzione normativa riservata in via esclusiva al legislatore statale, nel contempo quest'ultimo non può invocare tale competenza di carattere trasversale (...) per richiamare a sé l'intera disciplina delle materie cui essa possa di fatto accedere». Ragion per cui – precedentemente stabiliti dallo Stato i L.E.P. – all'interno di tale disciplina, «se di titolarità regionale, resta integra la potestà stessa della Regione di sviluppare ed arricchire il livello e la qualità delle prestazioni garantite dalla legislazione statale, in forme compatibili con quest'ultima» [Corte cost., sent. n. 248/2006 (punto 4.1 *cons. dir.*, secondo cpv)]: ad esempio, appunto, introducendo un livello di assistenza sanitaria “superiore” ed “aggiuntivo” rispetto a quello, per così dire, “base” di assistenza statale [in caso contrario assistendosi, piuttosto, alla vera e propria “invenzione” regionale *ex nihilo* di un livello “superiore” (G. ROCCHI, 2025)].

La quale ultima possibilità nondimeno, proprio per le ragioni anzidette, non sarebbe consentita – a meno di non voler palesemente ledere, precisamente, la competenza statale esclusiva di cui all'art. 117, comma 2, *lett. m*), cit. – in mancanza di un provvedimento dello Stato che espressamente abbia introdotto l'assistenza al fine-vita tra i livelli essenziali [A. CANDIDO, 2024]. Non possono ovviamente concordare con tale impostazione quanti, ad esempio: per un verso, abbiano richiamato le conclusioni in senso opposto espresse dalla giurisprudenza amministrativa in occasione dell'attuazione della sent. n. 162/2014 in tema di fecondazione eterologa; e, per un altro, rifacendosi a taluna giurisprudenza costituzionale sul punto, abbiano ritenuto [P.F. BRESCIANI, 2023 e 2024] che la competenza statale in tema di livelli essenziali riguardasse la concreta «previsione e [la] diretta erogazione di una determinata provvidenza» e non già l'astratta riserva di interi settori di materie alla fonte statale [Corte cost., sent. n. 10/2010 (punto 6.3 *cons. dir.*, quarto cpv cit.)].

Dovendo necessariamente concludere sul punto insomma – pure a volere ammettere una competenza legislativa concorrente della Regione esercitata in materia di tutela della salute in mancanza dei principi fondamentali statali – è possibile ritenere che la previsione di una prestazione regionale “aggiuntiva” finirebbe per violare, *immediatamente*, il principio di competenza di cui all'art. 117, comma 2, *lett. m*), cit. e, *mediatamente*, proprio il principio di eguaglianza *ex art. 3 Cost.*

Dal *ristretto* angolo visuale del rispetto dell'eguaglianza *interna* alla Regione (per riprendere adesso un argomento già impiegato in occasione della risposta al quarto quesito a proposito delle competenze amministrative regionali) la singola iniziativa della Regione potrebbe pure non essere salutata sfavorevolmente in quanto espressiva – ponendo quantomeno rimedio ad una latente parcellizzazione territoriale dei servizi sanitari – di un virtuoso tentativo di *reductio ad unum* delle eterogenee pratiche sin qui messe disordinatamente in campo dalle aziende sanitarie locale disseminate sul territorio [N. VETTORI, 2022; C. CARUSO, 2024; A. SCALERA, 2025].

Quanto di buono potrebbe astrattamente rinvenirsi da questa limitata prospettiva, tuttavia, rischia inevitabilmente di disperdersi passando al diverso, e più *ampio*, ambito del rispetto dell'eguaglianza *esterna* alla Regione: nel quale cioè, per una sorta di eterogenesi dei fini, la legge regionale non solo non sarebbe idonea a smorzare il livello di frammentazione territoriale ma, persino, finirebbe per acuirne gli ultimi esiti [B. VIMERCATI, 2025]. Così – se si ritiene che in virtù dell'autonomia che le è costituzionalmente garantita anche la Regione deve poter contribuire “a valle” allo svolgimento di un moto di inveroamento dei valori costituzionali avviato “a monte” dalla Corte costituzionale [C. CARUSO, 2024] – si dovrebbe pur sempre considerare che tale necessaria opera deve poter pervenire ad un proprio punto di equilibrio costituzionale, per così dire, tra “tutto” e “niente”: nel senso, vale a dire, che è alla legge statale che tocca, primariamente, garantire ogni esigenza di carattere unitario ed alla legge regionale, secondariamente, la possibilità di allinearsi alla scia facendo, ad esempio, leva anche sul variegato strumentario messo in questi frangenti a disposizione dal modello del regionalismo cooperativo [M.G. NACCI, 2023; L. CHIEFFI, 2024].

Premesso, quindi, che *in subiecta materia* non si è ritenuto di aderire a questa ricostruzione, anche tale ultima considerazione lascerebbe comunque intravedere, in conclusione, quella che sembra forse la vera posta in gioco dell'intera questione: quella, in altre parole, di un confronto non – come, pure, potrebbe *prima facie* apparire – *riduttivamente* limitato al solo piano delle competenze costituzionali ma *estensivamente* ampliabile all'attuale modo di essere dello stesso Stato costituzionale, la cui genuina identità trae fondamento e si rafforza proprio dalla garanzia di un nucleo omogeneo ed indefettibile di diritti fondamentali [A. CANDIDO, 2024].

GIAN LUCA CONTI

Con la quinta domanda ci viene chiesto se sia possibile che l'accesso al suicidio assistito vari da regione a regione per effetto del principio di eguaglianza.

È un argomento sollevato più volte dalla dottrina ma che si fonda su di un equivoco: le condizioni di accesso al suicidio assistito, ovvero, come si preferisce, al trattamento di fine vita o di fine della sofferenza, sono state fissate dalla Corte costituzionale.

Quello che cambia di regione in regione, ovvero che cambia nelle regioni che si sono date una disciplina in questa materia, è la modalità in cui il servizio sanitario

regionale provvede all'accertamento di queste condizioni ma l'organizzazione del servizio sanitario regionale è di competenza regionale, non statale ed è del tutto naturale, secondo i criteri di cui all'art. 118, Cost., che siano le regioni ad accertare i casi in cui un malato ha il diritto di interrompere delle cure che altrimenti gli sarebbero garantite.

ANTONELLO LO CALZO

L'esigenza di una uniforme applicazione sull'intero territorio nazionale della disciplina in tema di organizzazione delle procedure di accesso al suicidio assistito, come corollario del più ampio principio fondamentale di eguaglianza, è stata il filo conduttore dell'intero dibattito sulla legittimità della soluzione legislativa regionale sul punto.

Questo vale rispetto a tutti gli ambiti competenziali richiamati. Se si guarda alla materia di competenza esclusiva di cui all'art. 117, comma 2, lett. l) Cost. su "ordinamento civile e penale", l'esigenza di uniformità riguarderebbe sia la necessità di assicurare un godimento omogeneo delle condizioni di accesso, senza distinzioni territoriali, sia l'impossibilità di differenziare le condizioni della punibilità penale a seconda della Regione di riferimento (perché ciascuna potrebbe prevedere diverse modalità di accertamento delle condizioni). Guardando alla materia di cui all'art. 117, comma 2, lett. m) Cost. su "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" è la stessa formulazione del disposto costituzionale ad indicare che questi "devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", per cui si rimette al legislatore statale il compito di stabilirli in maniera tale da imporsi alle Regioni, riducendo – anche se non eliminando del tutto – i rischi di un godimento non equilibrato dei diritti condizionato dal contesto territoriale (ridurre e non eliminare perché è riconosciuta una possibilità di scostamento *in melius* delle Regioni, le quali possono appunto prevedere prestazioni che eccedono i livelli essenziali a carico dei propri bilanci). Infine, con riferimento all'art. 117, comma 3, Cost. e, in particolare, alla materia concorrente della "tutela della salute", l'esigenza di uniformità risiederebbe nella riserva al legislatore statale della determinazione dei principi fondamentali della materia.

Per tali motivi, l'esigenza di omogeneità della disciplina sul territorio nazionale costituisce la proiezione concreta del principio di eguaglianza e l'argomento centrale del dibattito intorno ai rischi di avere regimi differenziati tra le Regioni sull'accesso al suicidio.

D'altra parte, il rispetto del principio di eguaglianza era stato uno degli argomenti che aveva consentito al Collegio di garanzia statutaria della Regione Toscana di entrare nel merito dell'istanza presentata dalle opposizioni consiliari contro la delibera legislativa in tema di fine vita. In questa sede, sotto diversa prospettiva, si evidenziava proprio come le violazioni delle disposizioni costituzionali sul riparto di competenza legislativa potessero incidere, di riflesso, sulle condizioni che garantiscono

l'eguaglianza delle persone. Tale criterio argomentativo poteva adattarsi tanto alle violazioni della competenza esclusiva del legislatore statale, perché normalmente riferita ad ambiti in cui non possono ammettersi spazi per una differenziazione territoriale, quanto al caso di adozione di una legge in un ambito di competenza concorrente, ma in mancanza dei principi fondamentali rimessi all'approvazione del legislatore statale proprio per assicurare nei termini essenziali il principio di eguaglianza.

La necessità di garantire il rispetto dell'eguaglianza è un problema ampiamente avvertito nelle vicende del fine vita, quindi, almeno sul piano astratto, la soluzione che vorrebbe affidato alle Regioni un ruolo di implementazione legislativa delle decisioni della Corte costituzionale non sarebbe auspicabile come la migliore delle soluzioni possibili.

Tuttavia, l'immediata applicabilità della sentenza n. 242/2019 comporta che una richiesta di suicidio assistito possa tutt'oggi essere avanzata ad un'Azienda sanitaria, rimanendo esposta per la sua concretizzazione alla indeterminatezza delle procedure di esame della sussistenza dei presupposti e agli esiti dei possibili ricorsi giurisdizionali presentati dai richiedenti, che delegano al giudice il compito di fissare le modalità che le strutture del servizio sanitario nazionale dovranno di volta in volta seguire per far fronte alle richieste validamente presentate. In altri termini, in mancanza di un qualsiasi intervento legislativo – sia regionale che statale – la violazione potenziale del principio di eguaglianza sarebbe ancora più evidente, perché la realizzazione delle scelte del singolo sul fine vita sarebbe affidata alla discrezionalità della singola struttura sanitaria (se non dei singoli operatori) [come rilevato anche nel parere della Commissione Regionale di Bioetica della Toscana del 14 febbraio 2020, n. 2, "*Liceità condizionata del suicidio medicalmente assistito e sistema sanitario regionale*"], risultando ulteriormente "frustrata" quella esigenza di uniformità cui si accennava.

Se il punto di riferimento deve essere sempre quello tendente ad una disciplina omogenea sull'accesso al suicidio assistito a livello nazionale, ne deriva, come conseguenza, che tra i due mali il minore sarebbe quello che affida – in via del tutto temporanea (e in questo caso rientra in gioco la questione delle "clausole di cedevolezza invertita") – alle Regioni la possibilità di regolare con propria legge le procedure che gli operatori sanitari dovranno nel frattempo seguire. Forse non si realizzerà un'eguaglianza piena e assoluta, ma probabilmente si riuscirà a limitare una frammentazione ancora più grave delle discipline del caso concreto.

In questo contesto si inserisce la legge regionale toscana n. 16/2025, con il fine di fissare una procedura sufficientemente definita nei modi e nei tempi alla quale gli operatori possano affidarsi.

I tratti salienti della legge citata sono noti. In primo luogo, essa rimette alla giurisprudenza costituzionale la definizione delle condizioni in presenza delle quali l'istanza di accesso al suicidio può essere validamente presentata. In secondo luogo, istituisce un apposito organo – la Commissione multidisciplinare permanente, composta da sette membri – con il compito di verificare la sussistenza delle condizioni e definire, in maniera condivisa, le modalità di attuazione. Infine, stabilisce la procedura per la

valutazione delle condizioni e per la definizione delle modalità di attuazione, incentrandola su uno stringente rispetto dei tempi (venti giorni per la valutazione delle condizioni, salvo sospensione di massimo cinque giorni, dieci giorni per la definizione delle modalità di attuazione e sette giorni per l'esecuzione della procedura di auto-somministrazione), con il necessario coinvolgimento dei Comitati per l'etica clinica, i quali rilasciano, su richiesta della Commissione, un parere non vincolante sugli aspetti etici del caso.

La definizione del novero di soggetti cui può essere riconosciuto l'accesso a questa procedura è strettamente connessa al rispetto del principio di eguaglianza.

Considerato che la legge riconosce che le prestazioni e i trattamenti da essa disciplinati costituiscono un livello di assistenza superiore rispetto a quelli essenziali (art. 7, comma 2), potrebbero beneficiarne esclusivamente i cittadini residenti nella Regione Toscana [L. BIANCHI, *Per un inquadramento costituzionale della legge della Regione Toscana sul suicidio assistito*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, 2/2025, 98]. Tuttavia, i vertici politici della Regione non hanno escluso la possibilità di estendere l'accesso alla procedura anche ai cittadini che non hanno in Toscana la propria residenza sanitaria, sulla base di appositi accordi stipulati con le altre Regioni italiane. Al di là dei rischi legati all'instaurarsi di fenomeni di "turismo dei suicidi", misure come quella richiamata potrebbero attenuare gli inconvenienti più significativi dell'intervento regionale sulle procedure di suicidio medicalmente assistito, favorendo l'omogeneizzazione delle modalità di accesso indipendentemente dal requisito della residenza.

Residuerrebbe, però, una situazione "paradossale", secondo cui l'esigenza di omogeneo e uniforme godimento di un diritto sull'intero territorio nazionale non sarebbe assicurata, come prioritariamente dovrebbe avvenire, per mezzo dell'intervento del legislatore statale, ma, in mancanza di questo, grazie all'intervento di quello regionale e alla stipula di accordi interregionali che assicurino la "propagazione" della procedura a tutto il territorio nazionale.

GIOVANNA RAZZANO

Il rischio di discriminazioni e disuguaglianze generato dall'eventualità di differenti norme regionali disciplinanti il suicidio assistito concerne, innanzitutto, la tutela di diritti fondamentali quali il diritto alla vita e alla salute. Come ha ben evidenziato l'Avvocatura Generale dello Stato, «*il diritto della persona di essere curata efficacemente e di essere rispettata nella propria integrità fisica e psichica deve essere garantito in condizione di eguaglianza in tutto il Paese, attraverso una legislazione generale dello Stato basata sugli indirizzi condivisi dalla comunità scientifica nazionale e internazionale*» (cfr. il parere del 15 novembre 2023, richiesto dalla Regione Friuli-Venezia Giulia in data 7 novembre 2023 proprio sulla competenza delle Regioni a legiferare in tema di suicidio assistito, che l'Avvocatura ha escluso).

Il principio di uguaglianza, sembra opportuno precisare, va richiamato non già con riguardo al presunto diritto al suicidio assistito, quanto piuttosto con riguardo alla protezione del diritto alla vita, *«soprattutto – ma occorre aggiungere: non soltanto – delle persone più deboli e vulnerabili, in confronto a scelte estreme e irreparabili, collegate a situazioni, magari solo momentanee, di difficoltà e sofferenza, o anche soltanto non sufficientemente meditate»* (Corte cost., sent. n. 50/2022).

Norme che incidono sull'integrità fisica e sulla vita delle persone non possono dunque variare da Regione a Regione, in quanto, appunto, *«viene in considerazione un valore che si colloca in posizione apicale nell'ambito dei diritti fondamentali della persona»*.

DAVIDE SERVETTI – CHIARA TRIPODINA

Per rispondere occorre circoscrivere correttamente il possibile spazio di intervento regionale. Come più sopra ricordato, è totalmente precluso alle Regioni incidere sulla “circoscritta area di non punibilità” del suicidio assistito, per come individuata dalla Corte costituzionale nel 2019. Sarebbe pertanto erroneo immaginare lo scenario di una Repubblica “a macchia di leopardo”, in cui in alcune Regioni si può morire con il suicidio medicalmente assistito e in altre no.

Stante la sentenza n. 242 del 2019, l'accesso al suicidio medicalmente assistito è già una possibilità in atto in Italia: chiunque ritenga di trovarsi nelle condizioni sostanziali indicate dalla Corte ha il diritto di avanzare la richiesta di accesso al suicidio medicalmente assistito; ha il diritto che, in tempi certi, la sua richiesta venga valutata dalle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale; ha il diritto che, dalle medesime strutture, vengano verificate le modalità di esecuzione dell'aiuto al suicidio; ha diritto che, su questi profili, venga reso un parere da un organo collegiale terzo competente su profili tecnico-scientifici e bioetici.

Sono questi diritti di prestazione, dai quali discendono conseguenti obblighi per le strutture pubbliche dell'amministrazione sanitaria, che – come più sopra detto – non necessitano di una specifica previsione legislativa per avere corso, trovando il loro fondamento normativo direttamente nella pronuncia costituzionale. Con riguardo a tutto ciò, non può dubitarsi che le Regioni possano (e per certi versi debbano) regolare e organizzare le modalità di attuazione degli obblighi discendenti dalla giurisprudenza costituzionale, con riguardo, ad esempio, all'individuazione delle strutture e degli organi responsabili, alla definizione della procedura, ai tempi della stessa. Su questi profili una differenziazione fra Regioni sarebbe fisiologica, e anzi coesistente alla struttura del Servizio sanitario nazionale, ma non sarebbe certo tale da metterebbe a rischio il principio di uguaglianza.

Fino al luglio del 2025 si sarebbe detto che questione diversa era se le Regioni potessero prevedere ulteriori margini di differenziazione, in particolare decidendo con legge di garantire anche l'assistenza medica al suicidio, in termini di fornitura di farmaci, dispositivi per l'autosomministrazione, strutture ove procedere al suicidio

medicalmente assistito, nonché personale del Servizio sanitario regionale di ausilio, pur con il vincolo di dover lasciare ai singoli operatori libertà di coscienza. Ciò effettivamente avrebbe significato garantire a livello regionale un diritto di prestazione che la giurisprudenza costituzionale non aveva espressamente previsto e che neppure sarebbe stato ricavabile da alcuna normativa di carattere nazionale; con la conseguenza di garantire diritti di prestazione diversi all'interno delle varie Regioni e il rischio di indurre alla migrazione sanitaria per poter ricevere aiuto medico nel suicidio. E questo sì avrebbe avuto un impatto sul principio di uguaglianza.

Ma il 25 luglio 2025, in una sentenza di inammissibilità riguardante una questione di legittimità costituzionale sull'art. 579 del cod. pen. (omicidio del consenziente), la Corte costituzionale ha precisato che, a esito positivo di tutte le indicate valutazioni e verifiche da parte del Servizio sanitario nazionale, la persona ha il «diritto di essere accompagnata dal Servizio Sanitario nazionale nella procedura di suicidio medicalmente assistito», diritto che «include il reperimento dei dispositivi idonei, laddove esistenti, e l'ausilio nel relativo impiego» (sentenza n. 132 del 2025, punto 4.2, cons. dir.). Alla luce di questa pronuncia pare di poter dire che sia uscito dalla sfera della discrezionalità dell'amministrazione sanitaria, per entrare in quella della doverosità, fare in modo che, a esito di tutta la procedura, la persona che soddisfi sotto ogni profilo le condizioni prescritte e richieda di essere aiutata a morire possa essere assistita dal servizio sanitario nel momento del suicidio (cfr. risposta 6).

Certo è che, essendo in gioco diritti fondamentali della persona in situazione di fragilità estrema, ragioni di uguaglianza e di parità di trattamento continuano a rendere preferibile un intervento legislativo di livello nazionale, per disciplinare i profili non meramente organizzativi, ma più altamente politici della questione. Per altro, la Corte costituzionale non ha mai cessato di «ribadire con forza l'auspicio» che il legislatore intervenga per assicurare una concreta e puntuale attuazione ai principi fissati nella giurisprudenza costituzionale, anche con disciplina parzialmente diversa da quella indicata dalla Corte stessa (da ultimo, nella sentenza n. 66 del 2025, ha chiaramente affermato che la condizione sostanziale della dipendenza dai trattamenti di sostegno vitale – la più discussa delle quattro – non è da intendersi come costituzionalmente obbligatoria). E una simile questione, che tocca corde profonde della forma di Stato, non può che richiamare le responsabilità del legislatore nazionale.

VI Domanda

A suo avviso la Corte costituzionale, con le sue pronunce, ha affermato il diritto all'accesso al suicidio assistito accanto a quello della - circostanziata - non punibilità del terzo che assiste il soggetto richiedente nel proposito suicidario?

Accanto ad una *pars*, per così dire, *destruens* – rivolta, cioè, alla individuazione sostanziale *ex ante* delle condizioni che richiedono tutte di essere soddisfatte al fine di circoscrivere l'area della non punibilità penale del terzo che scelga di assistere nel proposito suicidario la persona istante – la giurisprudenza costituzionale ha, come si anticipava nella risposta al primo quesito, edificato anche una sorta di *pars construens* mirante ad un accertamento procedurale *ex post* di tali condizioni [A. LO CALZO, 2025] (come tale operante, almeno, fino a quando il legislatore statale non fosse sopraggiunto a disciplinare la materia). Al servizio sanitario nazionale – come già si ricordava in occasione della risposta al primo quesito – è stato, così, affidato l'onere di procedere, rispettivamente, alle «modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto» nonché alla verifica delle «relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze» [sent. n. 242/2019 (punto 5 *cons. dir.*, rispettivamente, settimo ed undicesimo cpv)].

A tale ultimo proposito oggi ci si chiede, quindi, se debba prevalere un'interpretazione, per così dire, *riduttiva* del *dictum* costituzionale – nel senso, in altre parole, che l'integrazione offerta dalla Consulta aveva il solo scopo di introdurre un'eccezionale deroga alla regola generale della punibilità penale delle condotte di aiuto o istigazione al suicidio del terzo *ex art.* 580 cod. pen. [M.G. NACCI, 2023; A. CANDIDO, 2024; A. SCALERA, 2025] – ovvero *estensiva* di esso (vale a dire, nel senso che la giurisprudenza aveva voluto andare oltre la semplice causa di non punibilità del terzo, introducendo un vero e proprio diritto alla prestazione, come tale, vantabile dal richiedente nei confronti della struttura sanitaria pubblica) [L. BUSATTA, 2024].

Naturalmente non si sta qui discorrendo del diritto al coinvolgimento in un adeguato percorso di cure palliative – giacché esso, configurandosi quale vero e proprio principio fondamentale ad effetto vincolante per il legislatore, già costituisce uno dei requisiti preliminarmente imposti dal Tribunale costituzionale per battere la strada del suicidio medicalmente assistito [M.G. NACCI, 2023; P. CAVANA, 2024; A. LO CALZO, 2025] – quanto, piuttosto, dell'estensione di un diritto già introdotto dalla l. n. 219/2017, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, i cui confini tuttavia sono da delineare: questo, evidentemente, perché non poche, né secondarie, sono state le obiezioni mosse già alla stessa natura medica della prestazione oggetto di tale diritto.

A parte difatti la china scivolosa lungo la quale si rischierebbe di incamminarsi anche in altri campi dell'ordinamento ammettendo il diritto ad una prestazione di questo tipo [V. PIERGENTILI, 2025], sono stati opposti una serie di motivi per negare tale natura tanto sul piano scientifico quanto su quello giuridico.

Prendendo innanzitutto le mosse dal primo, si è ritenuto che tale procedura non esibisse i necessari presupposti di «sostenibilità scientifica» per essere qualificata «medica»: per un verso, perché non sarebbe funzionale né a prevenire né, tantomeno, a

curare una patologia (e, già per questa sola ragione, non potrebbe gravare sulle spalle del servizio sanitario pubblico) [G. ROCCHI, 2025]; per un altro, per la considerazione che procurare la morte equivarrebbe, *in re ipsa*, a negare qualsivoglia diritto alla salute [P. BECCHI, 2025; V. PIERGENTILI, 2025].

Passando al diverso versante giuridico, si è poi sostenuto che l'eventuale riconoscimento della natura medica della prestazione in commento risulterebbe solo il frutto di una *manipolazione* – quando non di una vera e propria *distorsione* – del reale contenuto della sent. n. 242 cit. [G. RAZZANO, 2024 e 2025; P. CAVANA, 2024]: in un ordinamento fondato sul primario obbligo di tutela del diritto fondamentale alla vita [L. BIANCHI, 2024; C. Caruso, 2024], insomma, l'assistenza *ex se* al suicidio continua ad essere *generalmente* qualificata come reato e non si potrebbe certo pretendere che possa *particolarmente* convertirsi nel suo opposto e, cioè, in un diritto [M.G. NACCI, 2023; V. PIERGENTILI, 2025]. In questo alveo argomentativo si è ritenuto, peraltro, come configurerebbe un vero e proprio “salto” (logico prima ancora che) giuridico di non poco conto immaginare – come, invece, si addebita di aver ad esempio fatto al legislatore regionale – di tramutare nella previsione di un diritto di natura pretensiva (mirante ad esigere dal servizio sanitario nazionale le prestazioni del suicidio medicalmente assistito) la mera introduzione di un'eccezione alla regola della sanzionabilità penale della condotta del terzo (G. RAZZANO, 2024).

A tale ricostruzione si è, tuttavia, obiettato – come, peraltro, già anticipato, *supra*, nella risposta al primo quesito – che, proprio in quanto tendente ad alleviare le sofferenze dei richiedenti, tale procedura senz'altro integrerebbe, invece, una vera e propria terapia medica di tipo “alternativo” (L. CHIEFFI, 2024) funzionale ad una nozione ampia di salute corrispondente, sopra tutte, «a quella sancita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo la quale ‘Il possesso del migliore stato di sanità possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano’ (Atto di costituzione dell'OMS, firmato a New York il 22 luglio 1946)» [sent. n. 162/2014 (punto 7 *cons. dir.*, primo cpv) a tal proposito già cit.].

Sotto il profilo degli obblighi derivanti da tale diritto, ad ogni modo, le conseguenze potrebbero essere diverse a seconda che ci si riferisca al singolo operatore medico-sanitario ovvero alla struttura pubblica sanitaria nel suo complesso considerata: nel primo caso, difatti, il personale potrebbe sempre legittimamente opporre l'obiezione di coscienza al coinvolgimento in simile procedura [tale argomento è stato sfruttato da quanti abbiano *in nuce* affermato l'ineffettività di un diritto del richiedente in tal senso (C. CARUSO, 2024; P. CAVANA, 2024; G. RAZZANO, 2024; A. SCALERA, 2025)]; rispetto alla seconda, seppure sia stato negato un obbligo di *facere* emergente in tal senso dalla sent. n. 242 cit. [M.G. NACCI, 2023; L. BIANCHI, 2024; C. CARUSO, 2024], tale ultima eventualità richiede di essere rimeditata proprio alla luce dei più recenti sviluppi giurisprudenziali in materia.

Lungi dall'essere costituita da un singolo atto, la prestazione sanitaria di cui si sta discorrendo esibisce, piuttosto, una struttura complessa, constando di una pluralità di adempimenti – è stata qualificata come una “procedura” medicalizzata, per l'appunto [L. BUSATTA, 2024; A. SCALERA, 2025] – non caoticamente predisposti bensì, al

contrario, tutti funzionalmente collegati (come gli anelli di un'ideale catena verrebbe da dire) al raggiungimento dell'esito finale cui sarebbero preordinati, quali, rispettivamente, a) l'accertamento in concreto delle condizioni legittimanti l'aiuto al suicidio e b) la verifica concreta delle modalità di esecuzione di quest'ultimo.

Prendendo in primo luogo avvio dalla fase *sub a*), l'obbligatorietà del relativo adempimento da parte del servizio sanitario pubblico parrebbe, invero, già discendere tanto dalle indicazioni provenienti dal modello astratto (sul peculiare punto essendosi oramai espressa, peraltro, la stessa l. n. 219 cit.) quanto da quelle emergenti dall'esperienza concreta: non altrimenti potendosi spiegare, ad esempio, il motivo per cui tali verifiche siano comunque state, *medio tempore*, disposte ed effettuate pur in mancanza della previsione di uno specifico obbligo in oggetto [M.G. NACCI, 2023; G. ROCCHI, 2025] [con la conseguente esigibilità di una serie di peculiari situazioni giuridiche soggettive caratterizzate dall'immediata azionabilità (C. CARUSO, 2024)].

Il vero pomo della discordia, se così si può dire, sembra tuttavia rappresentato dalla successiva fase *sub b*), rispetto alla quale si è andata nel corso del tempo affermando – seppur con talune inevitabili varianti [C. CARUSO, 2024; P. CAVANA, 2024; G. RAZZANO, 2024] – un'accezione *letterale*, per così dire, *soft* dell'obbligo esigibile dall'amministrazione sanitaria nel senso, appunto, del diritto al mero accertamento medico delle suddette modalità di esecuzione: senza che ci sia mai spinti, vale a dire, fino ad estenderlo, rispettivamente, alla materiale acquisizione dei dispositivi di auto-somministrazione del farmaco letale ed alla loro messa a disposizione del paziente previamente ammesso alla procedura di suicidio medicalmente assistito.

La quale ultima ricostruzione, tuttavia, pare essere stata proprio di recente messa in discussione dalle indicazioni in tal senso provenienti dall'ultima giurisprudenza costituzionale in materia la quale sembra privilegiare, piuttosto, una dimensione *evolutiva*, per dir così, *hard* dell'adempimento che essa stessa aveva *ab origine* canonizzato.

Facendo precipuamente leva sulla libertà di autodeterminazione del richiedente [sent. n. 132/2025 (punto 4.2 *cons. dir.*, primo cpv)], il giudice delle leggi ha, in altre parole, affermato – previo riscontro, nel rispetto della richiamata procedura, della fase logicamente-cronologicamente precedente del positivo accertamento delle condizioni inizialmente introdotte nel 2019 e successivamente puntualizzate nel 2024 – una vera e propria «situazione soggettiva tutelata» della persona non già, come pure si sarebbe potuto [P. BECCHI, 2025], alla mera prescrizione del farmaco letale bensì ad «essere accompagnata dal Servizio sanitario nazionale nella procedura di suicidio medicalmente assistito, diritto che, secondo i principi che regolano il servizio, include il reperimento dei dispositivi idonei, laddove esistenti, e l'ausilio nel relativo impiego» [*ibidem* (secondo cpv)].

Quasi inutile, a questo punto, aggiungere come non si siano certo fatte attendere voci assai critiche tanto nei confronti del *metodo* seguito [P. BECCHI, 2025] che del *merito* affermato [V. PIERGENTILI, 2025] da siffatto ultimo verdetto costituzionale: fatto sta che – salvo imprevisti, ed al momento imprevedibili, mutamenti di rotta – alla luce delle sue più recenti acquisizioni, sarebbe in conclusione possibile rispondere che la

Corte costituzionale, accanto al diritto alla non punibilità del terzo che assiste il soggetto richiedente nel proposito suicidario, abbia pure estensivamente affermato quello di quest'ultimo all'accesso al suicidio medicalmente assistito.

Ad eccezione della etero-somministrazione del farmaco letale da parte dell'operatore medico-sanitario – che continuerebbe pur sempre ad integrare gli estremi della punibilità penale – allo stato parrebbe, dunque, esigibile dal servizio sanitario nazionale ogni altro adempimento che appaia logicamente-cronologicamente antecedente, e perciò prodromico, al drammatico atto finale dell'auto-somministrazione.

GIAN LUCA CONTI

All'ultima domanda si è risposto per prima: affermare la non punibilità del terzo che assiste taluno nella realizzazione del suo proposito suicidario non è possibile senza affermare che colui che intendeva porre termine a una sofferenza estrema e senza alcuna prospettiva di speranza ha il diritto (fondamentale e personalissimo) di decidere il valore della propria vita, che, in fondo, è il valore della speranza.

Chi ha avuto la mala sorte di accompagnare una persona cui è profondamente legato in una malattia incurabile e capace di causare, con sapienza di carnefice, sofferenze terribili ha dovuto imparare che la vita non è fatta di aria, come pensavano gli antichi greci, ma di speranza e decidere se si ha ancora motivo di sperare o se, invece, è arrivato il momento di affrontare la fine della speranza non può spettare a nessuno se non a colui che soffre perché nessuno ha il diritto di infliggere più sofferenza di quanta una persona (quella persona in quel letto, non una persona astratta) può contenere.

Affermare il contrario è questione di fede e il bello della fede è che la si tiene per sé.

ANTONELLO LO CALZO

La questione posta da questa domanda riguarda un profilo diverso rispetto a quello indagato dalle altre, tutte incentrate sulla definizione dei rapporti di competenza tra legislatore statale e regionale nel suicidio assistito. In un certo senso esso si colloca “a monte” delle questioni di competenza e richiede una riflessione che si concentri in senso stretto sulla portata delle decisioni della Corte costituzionale (in particolare della sentenza n. 242/2019, ma anche delle successive sentenze n. 135/2024, n. 66/2025 e, da ultimo, n. 132/2025) e sulla configurazione che la richiesta di accesso al suicidio assistito della persona sofferente assume in questa giurisprudenza.

Sulla Corte costituzionale è stata “scaricata” la responsabilità di colmare il “vuoto” di tutela delle persone sofferenti e questa ha cercato di farvi fronte definendo le condizioni in presenza delle quali l'aiuto al suicidio non è punibile: quando la persona è affetta da una patologia irreversibile, quando questa patologia provoca ad essa delle

sofferenze fisiche o psichiche non tollerabili, quando la persona è tenuta in vita da un trattamento di sostegno vitale (secondo la definizione aggiornata alla sentenza n. 135/2024) e sempre che la persona sia in grado di prendere decisioni libere e consapevoli.

Tuttavia, questa “meritoria” opera di circoscrizione della non punibilità dell’aiuto al suicidio non si è spinta fino al punto da chiarire l’esatta portata delle situazioni di coloro che richiedono l’accesso alle procedure di suicidio assistito.

Questo sembra essere il profilo sul quale le decisioni della Corte mantengono maggiore ambiguità, vale a dire se le pretese di accesso al suicidio assistito delle persone che versano nelle condizioni sopra descritte possano essere qualificate o meno come un diritto, anche se è stato significativamente sottolineato che la Corte avrebbe costituito un diritto a prestazione di diversa natura, corrispondente alla possibilità per la persona sofferente di rivolgersi all’amministrazione per la valutazione della sussistenza delle condizioni fissate nella sentenza n. 242, ottenere una risposta al riguardo e, se positiva, dar corso alla propria richiesta di accesso al suicidio [L. BUSATTA, *Regioni e fine vita: a proposito della legge toscana sul suicidio medicalmente assistito*, cit., 104]

Tornando al “diritto al suicidio” e seguendo un approccio letterale, la questione non dovrebbe lasciare spazio a dubbi, perché sono numerosi i passaggi in cui la Corte specifica che non è sua intenzione dar luogo ad un vero e proprio “diritto a morire”, in contrasto con la tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone vulnerabili (il quale trarrebbe fondamento dagli artt. 2 Cost. e 2 CEDU) [B. LIBERALI, *L’aiuto al suicidio “a una svolta”, fra le condizioni poste dalla Corte costituzionale e i tempi di reazione del legislatore?*, in *Diritti comparati*, 9 dicembre 2019]. Un caso emblematico è quello riportato al par. 6 Cons. diritto della sentenza n. 242/2019, ove la Corte afferma che le richieste di suicidio assistito non si configurano in termini di un vero e proprio diritto, in grado di generare corrispondenti situazioni di obbligo di procedere all’aiuto in capo al personale medico, ma l’oggetto della declaratoria di incostituzionalità deve ritenersi circoscritto alla definizione delle condizioni in presenza delle quali l’aiuto al suicidio non può dar luogo a responsabilità penale. Per tale ragione sarebbe superflua la previsione di una clausola di coscienza a favore del personale medico, visto che questo potrebbe sempre liberamente sottrarsi alle richieste del paziente, non configurandosi l’elemento tipico dell’obiezione, cioè, il contrasto tra un convincimento interiore e un obbligo legale (che, diversamente, sarebbe sorto se la pretesa del richiedente fosse stata qualificata come diritto in senso proprio).

Tuttavia, l’ambiguità permane, perché nelle decisioni della Corte sembra possibile leggere una “cesura” tra gli argomenti adottati, i quali deporrebbero nel senso di un implicito riconoscimento del diritto a decidere sul fine vita come “inveramento” dell’autodeterminazione, e quei passaggi in cui essa si limita a ribadire che non intende con le proprie decisioni dar vita ad un nuovo diritto all’accesso al suicidio assistito. In altri termini, ad opinione di chi scrive, la Corte parte da una posizione “assiomatica”, per cui non è dato rinvenire nel nostro ordinamento un “diritto a morire”, e non è nelle sue intenzioni crearlo in via pretoria sostituendosi al legislatore, ma lo sviluppo delle argomentazioni muove nella direzione di un implicito riconoscimento di un diritto, non

qualificabile nei termini brutali del “diritto a morire”, quanto piuttosto di congedarsi dalla vita senza discriminazioni rispetto a chi può già farlo mediante la semplice rinuncia ai trattamenti sanitari [sul punto v. G. CAMPANELLI, *L’obiezione di coscienza e il suo impatto sull’elaborazione di un effettivo diritto a una morte dignitosa*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, 3/2022, 74]. Oltre che espressione dell’autodeterminazione una tale posizione sarebbe una concretizzazione del principio di eguaglianza sostanziale se la legge già ammette, a determinate condizioni, che una persona possa decidere di lasciarsi morire semplicemente rifiutando i trattamenti.

Per realizzare la volontà di congedarsi dalla vita, secondo la propria prospettiva di dignità, il richiedente però necessita di un ausilio e di tutto un apparato procedimentale per la verifica delle condizioni di legittimazione dell’accesso a una determinata pratica (che la Corte illustra nel par. 5 Cons. diritto della sentenza n. 242/2019). Detto altrimenti, se è vero che la Corte regola solo le condizioni di non punibilità dell’aiuto al suicidio, è altrettanto vero che queste procedono di pari passo con la definizione dei casi in cui l’aiuto al suicidio non rileva penalmente e, quindi, la persona ammalata può richiederlo senza il timore della sanzione per chi ha scelto come ausilio. In ciò la Corte, forse, non ha pienamente sviluppato tutte le premesse del proprio ragionamento, preferendo arrestarsi sulla soglia della “non punibilità”, piuttosto che giungere all’espressa affermazione di un “diritto a prestazione” [G. CONTI, *Dare a Cesare quel che è di Cesare*, cit., 48].

In attesa dell’intervento del legislatore statale (perché quello regionale non sarebbe sicuramente abilitato a intervenire sul punto), l’accesso al suicidio assistito resta sospeso in un “limbo” indefinito: né diritto a prestazione, né illecito penalmente sanzionabile, ma sicuramente nemmeno situazione giuridicamente indifferente.

Proprio su tale ultimo aspetto è intervenuta recentemente, in modo significativo, la Corte costituzionale che, con la sentenza n. 132/2025, ha per la prima volta affermato in maniera espressa che la persona che versi nelle condizioni fissate dalla propria giurisprudenza per l’accesso al suicidio assistito è titolare di «una situazione soggettiva tutelata, quale consequenziale proiezione della sua libertà di autodeterminazione, e segnatamente ha diritto di essere accompagnata dal Servizio sanitario nazionale nella procedura di suicidio medicalmente assistito, diritto che, secondo i principi che regolano il servizio, include il reperimento dei dispositivi idonei, laddove esistenti, e l’ausilio nel relativo impiego».

Se si guarda ad alcuni aspetti di dettaglio dei disegni di legge attualmente all’esame del Parlamento [si veda, in particolare, il passaggio del testo unificato citato nella risposta alla Domanda III, in cui si sottolinea che «il personale in servizio, le strumentazioni e i farmaci, di cui dispone a qualsiasi titolo il Sistema Sanitario Nazionale non possono essere impiegati al fine della agevolazione del proposito di fine vita considerata dalla sentenza della Corte costituzionale del 22 novembre 2019, n. 242»], pare che il legislatore intenda discostarsi dall’indicazione della Corte costituzionale, puntando su una dimensione puramente “negoziale” dell’autodeterminazione e sottraendo il personale e le strutture del Servizio sanitario nazionale a qualsiasi “obbligo” di prestare supporto al richiedente e subordinando la

realizzazione della volontà di congedarsi dalla vita al raggiungimento di un “accordo” con una persona “terza” che manifesti disponibilità in tal senso (con tutte le difficoltà del caso in ordine alla individuazione dei locali adeguati, degli strumenti e, soprattutto, dei farmaci). Una soluzione che, a ben vedere, non sarebbe in linea con le più recenti statuizioni del Giudice delle leggi, secondo il quale il Servizio sanitario nazionale è tenuto alla «esplicazione di un doveroso ruolo di garanzia che è, innanzitutto, presidio delle persone più fragili» (Corte cost. n. 132/2025).

FEDERICO GUSTAVO PIZZETTI

La risposta all’interrogativo posto — segnatamente: se la Corte costituzionale, con le sue pronunce, ha affermato il diritto all’accesso al suicidio assistito accanto a quello della circostanziata non punibilità del terzo che assiste il soggetto richiedente nel proposito suicidario — richiede di tracciare una sorta di linea di demarcazione nella giurisprudenza della Corte costituzionale sin qui sviluppatasi in materia di assistenza medicalizzata al suicidio (o di aiuto medico al morire).

Infatti, se alla luce della sentenza n. 242 del 2019, poteva quantomeno revocarsi in dubbio (se non del tutto escludersi) che la Corte costituzionale avesse effettivamente inteso riconoscere — in via pretoria — l’esistenza di un diritto soggettivo del malato ad accedere alla procedura medicalizzata di assistenza al suicidio, la successiva e recentissima sentenza n. 132 del 2025 pare aver sciolto in senso affermativo ogni incertezza sull’esistenza effettiva del diritto in parola nell’ordinamento vigente.

Nell’iniziale pronuncia n. 242 del 2019, infatti, la Consulta aveva voluto espressamente puntualizzare che la declaratoria di illegittimità costituzionale da essa stessa pronunciata «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» (§6 *cons. dir.*).

L’assenza di alcun obbligo di prestazione in capo ai camici bianchi nell’assistenza al suicidio — resa così esplicita dalle parole all’uopo spese dalla Corte — suggeriva, in effetti, la corrispettiva carenza, in capo al malato medesimo, del *diritto*, che avrebbe fatto da contrappunto a tale obbligo, *di accedere ad un effettivo percorso medicalizzato di aiuto al suicidio*, ivi compresa la *dispensazione* della sostanza letale e la *consegna dei dispositivi* per l’auto, oltreché l’*assistenza* medico-infermieristica all’uso di tali macchinari.

Quel che, semmai, la Corte aveva senz’altro affermato, nella medesima sentenza n. 242 del 2019, era il *diritto del malato alla verifica pubblica della sussistenza delle condizioni* tracciate dalla Corte medesima, la ricorrenza delle quali rende l’opera volontaria del medico di assistenza al suicidio del malato *non* punibile a titolo di aiuto materiale *ex art. 580 cod. pen.* Condizioni, queste ultime, che, come ben noto, sono rappresentate dalla presenza di una patologia irreversibile e fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili per il malato tenuto in vita a mezzo di trattamenti di sostegno

vitale, o per il quale tali trattamenti sono stati indicati, ma ancora capace di prendere decisioni libere e consapevoli (v. anche Corte cost., sent. n. 135/2024).

Tale verifica ad opera del SSN delle condizioni di non punibilità dell'aiuto al suicidio — stabilita come *necessaria* a garanzia soprattutto delle persone più fragili e vulnerabili (v. anche Corte cost., sent. n. 66/2025) — risulta, infatti, *propedeutica*, e dunque strettamente *funzionale*, all'esercizio, pienamente consapevole, del *diritto all'autodeterminazione terapeutica* di cui il soggetto malato indubbiamente gode nell'ordinamento italiano, *ex artt. 2 e 32, 2° comma Cost., e artt. 1, comma 5, e 2 della legge n. 219 del 2017* (costituendo, quindi, essa stessa l'oggetto di un diritto soggettivo).

È, infatti, solo grazie all'espletamento della verifica pubblica in questione che il malato è posto nella condizione di poter decidere, con completa cognizione di causa, se rifiutare, oppure no, i presidi sanitari dai quali la sua sopravvivenza in vita dipende, o che gli sono stati prospettati come necessari alla sopravvivenza, avendo ben chiare le conseguenze della propria scelta in termini di percorso di avvicinamento al decesso che dovrà subire.

Difatti, è grazie all'espletamento della verifica in parola con *esito negativo* che l'infermo saprà che il suo rifiuto o rinuncia delle cure vitali lo condurrà *necessariamente* a intraprendere un *lungo* cammino verso la morte naturale giacché egli *non può anche* chiedere e (lecitamente) ottenere un aiuto farmacologico a morire (subito) in quanto la sua specifica situazione clinica *non* rientra nell'ambito delle condizioni generali che la sentenza n. 242 del 2019 ha fissate al fine di rendere *non* punibile l'aiuto (del medico) al suicidio *ex art. 580 cod. pen.*

Così come è attraverso l'espletamento della medesima verifica con, invece, *esito positivo* che il malato apprenderà che il suo rifiuto o rinuncia delle cure vitali *ex legge n. 219 del 2017* potrà essere accompagnato, ove lo desideri, *anche* dalla richiesta di ricevere un (lecito) aiuto farmacologico a morire (immediatamente) *senza* dover attendere, magari per giorni e giorni, il venir meno naturale delle funzioni corporee in quanto la sua specifica condizione clinica *rientra* fra quelle che la sentenza n. 242 del 2019 ha individuate al fine di poter considerare *non* punibile l'aiuto (del medico) al suicidio di cui all'*art. 580 cod. pen.*

Una richiesta, quest'ultima, di assistenza medica al suicidio, alla quale il medico operatore, secondo quanto si desume dalla pronuncia costituzionale n. 242 del 2019, avrebbe la *facoltà* — ma *non* anche l'obbligo — di rispondere in senso adesivo andando comunque immune da conseguenze penali giacché la fattispecie di cui all'*art. 580 cod. pen.* è stata *in parte qua* depenalizzata per incostituzionalità dalla stessa sentenza n. 242 del 2019 della Corte.

Per contro, nella nuova sentenza n. 132 del 2025, la Corte ha affermato, con parole inequivoche, che la persona rispetto alla quale sia stata positivamente verificata, nelle dovute forme procedurali, la sussistenza di tutte le condizioni che rendono lecito l'aiuto al suicidio (in ossequio a quel diritto alla verifica pubblica di tali condizioni di cui s'è detto), gode, altresì, di una «situazione soggettiva tutelata, quale consequenziale proiezione della sua libertà di autodeterminazione, e segnatamente ha diritto di essere

accompagnata dal Servizio sanitario nazionale nella procedura di suicidio medicalmente assistito, diritto che, secondo i principi che regolano il servizio, include il reperimento dei dispositivi idonei, laddove esistenti, e l'ausilio nel relativo impiego» (§4.2. *cons. dir.*).

Facendo, dunque, leva sulla funzione di tutela, soprattutto (ma non solo) delle persone più fragili e vulnerabili rispetto alle *modalità di esecuzione del suicidio* medicalmente assistito — funzione, questa, già riconosciuta in capo al SSN nella sentenza n. 242 del 2019 —, la Corte pare, quindi, aver oggi riconosciuto, a chiare lettere, nella pronuncia n. 135 del 2025 anche la *sussistenza*, in capo al malato, del *diritto all'accesso alla procedura medicalizzata di suicidio assistito* (e non solo del diritto alla verifica pubblica delle condizioni che rendono lecito l'aiuto al suicidio) con conseguente vero e proprio *obbligo* per il SSN di provvedere al reperimento dei mezzi farmacologicamente idonei al suicidio ed alla messa a disposizione del personale medico per l'assistenza all'uso di tali mezzi da parte del paziente che vuol darsi la morte.

La statuizione di siffatto obbligo, a carico del SSN, determina — fra le possibili altre — almeno due conseguenze, entrambe di non poco momento.

In primo luogo, infatti, se la Corte ha ritenuto che fra i *principi costitutivi* del SSN ricada anche l'esercizio dei compiti di tutela dei diritti alla *dignità* ed all'*autodeterminazione* dei soggetti richiedenti l'assistenza al suicidio mediante la fornitura e l'ausilio all'impiego dei mezzi per suicidarsi farmacologicamente, ne consegue che sarebbe passibile di *censura di incostituzionalità* ogni legislazione (sia essa regionale, ove si individui la competenza normativa delle Regioni in materia, oppure statale, ove allo Stato spetti legiferare *ex art. 117 Cost.*), che sottragga al SSN il proprio ruolo di garanzia nel reperimento e nel supporto all'uso da parte del malato degli strumenti per darsi la morte.

Verrebbe, infatti, ad essere eluso il «doveroso ruolo di garanzia» (Corte cost., sent. n. 132/2025, §4.2 *cons. dir.*) che la Repubblica è tenuta a svolgere, *ex art. 2 Cost.*, a presidio dei beni costituzionalmente primari della persona, soprattutto fragile, alla vita e all'*autodeterminazione* (Corte cost., sentt. n. 50/2022 e n. 66/2025).

Rilievi critici sembrano, quindi, potersi muovere, dopo la sentenza n. 132 del 2025 della Corte, nei confronti del progetto di legge A.S. n. 65, n.t. 2.7.2025, attualmente in corso di esame in sede referente da parte delle Commissioni riunite 2^a (Giustizia) e 10^a (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) del Senato della Repubblica, nella parte in cui tale iniziativa legislativa, mediante proposta novella all'art. 25 della legge n. 833/1978, prevede, testualmente, che «il personale in servizio, le strumentazioni e i farmaci di cui dispone a qualsiasi titolo il Servizio sanitario nazionale *non* possono essere impiegati al fine dell'agevolazione dell'esecuzione del proposito di cui al medesimo articolo 580 del codice penale» (art. 4, comma 1, lett. *b*) enfasi corsiva aggiunta).

In secondo luogo, posto che il SSN è istituzionalmente chiamato a prestare la propria opera non soltanto nella fornitura delle strumentazioni e dei farmaci impiegabili nella procedura di suicidio medicalmente assistito, ma altresì nell'«ausilio nel relativo

impiego» (Corte cost., sent. n. 132/2025, §4.1. *cons. dir.*), si pone il tema — accantonato dalla sentenza n. 242 del 2019 della Corte — dell’eventuale riconoscimento legislativo di una clausola di obiezione di coscienza a favore del personale medico e infermieristico a cui venga richiesto, dalla struttura sanitaria locale, di effettuare assistenza alla persona che ha fatto accesso al percorso di suicidio medicalizzato al fine di metterla nelle condizioni di eseguire il gesto di congedo dalla vita.

Infatti, a diritto vigente, non può che ritenersi che l’aver imposto alla struttura sanitaria pubblica anche l’*obbligo*, accedente ai principi regolatori del SSN, di predisporre un’apposita *assistenza medico-infermieristica* al malato nella fase di auto-somministrazione del farmaco letale (presso un ospedale, un *hospice* o a domicilio), fa sì che l’ente sanitario, ove *non* vi sia personale medico alle proprie dipendenze che *spontaneamente* vi si presti, possa anche arrivare ad *esigere*, dai camici bianchi in organico, lo svolgimento della prestazione di assistenza all’uso dei dispositivi per il suicidio assistito quale prestazione ricadente nel rapporto di servizio.

GIOVANNA RAZZANO

Non ritengo si possa dire che la Corte costituzionale abbia affermato il diritto all’accesso al suicidio assistito. E questo vale nonostante la recente sentenza n. 132/2025 abbia utilizzato numerose volte l’espressione “diritto” e sia giunta persino ad affermare che la paziente che ha espresso il desiderio di morire con l’aiuto altrui «*ha una situazione soggettiva tutelata, quale consequenziale proiezione della sua libertà di autodeterminazione, e segnatamente ha diritto di essere accompagnata dal Servizio sanitario nazionale nella procedura di suicidio medicalmente assistito, diritto che, secondo i principi che regolano il servizio, include il reperimento dei dispositivi idonei, laddove esistenti, e l’ausilio nel relativo impiego*». Queste locuzioni non sono giuridicamente idonee ad introdurre nell’ordinamento giuridico italiano l’istituto dell’aiuto medico a morire, né a sancire un presunto diritto ad ottenere la relativa prestazione, per almeno due ordini di considerazioni.

In primo luogo la pronuncia in esame è una sentenza di inammissibilità, che come tale rimane in *limine litis*, senza pronunciarsi nel merito. E se è da escludere che le interpretazioni accolte dalle sentenze di rigetto siano suscettibili di determinare un vincolo generale, non è certamente pensabile che affermazioni contenute in una sentenza di inammissibilità possano assumere valore di “giudicato”, con l’immutabilità dell’accertamento in esso contenuto e il vincolo che ne deriva [V. CRISAFULLI, *op. cit.*, 393 ss.].

In secondo luogo, soprattutto, tali affermazioni non possono essere assolutizzate, ma devono essere contestualizzate nell’ordinamento giuridico, laddove sia l’omicidio del consenziente, sia l’aiuto al suicidio restano un reato, eccetto, per quest’ultimo, alcuni casi di non punibilità. Devono anche essere contestualizzate in riferimento alla stessa giurisprudenza costituzionale sul fine vita, la quale, con riguardo ai reati appena menzionati, ha affermato che «*assolvono allo scopo, di perdurante attualità, di*

proteggere il diritto alla vita, soprattutto – ma occorre aggiungere: non soltanto – delle persone più deboli e vulnerabili» (sent. n. 50/2022).

La Corte ha ribadito in più occasioni che il diritto da difendere è non già quello di morire con l'aiuto altrui (dello Stato), bensì, ai sensi dell'art. 2 Cost. e dell'art. 2 CEDU, quello alla vita, «“primo dei diritti inviolabili dell'uomo”, in quanto presupposto per l'esercizio di tutti gli altri». Da ciò 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» (sent. n. 35/1997; n. 223/1996; ord. n. 207/2018; sent. n. 242/2019; sent. n. 50/2022; 135/2024; n. 66/2025).*

Assai significativo è poi il punto 6 della motivazione in diritto della sent. n. 242/2019, secondo cui non vi è alcun problema di obiezione di coscienza del personale sanitario, in quanto *«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. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato».*

Quanto all'autodeterminazione», la Corte ha affermato che, quando viene in rilievo il bene della vita umana, *«non può mai prevalere incondizionatamente sulle ragioni di tutela del medesimo bene, risultando, al contrario, sempre costituzionalmente necessario un bilanciamento che assicuri una sua tutela minima» (sent. n. 50/2022).*

Soprattutto, assai significativo è quel passaggio della sent. n. 135/2024 in cui la Corte costituzionale, dopo essersi detta consapevole del fatto che altre giurisdizioni e altre Corti, nel mondo, siano giunte ad affermare un diritto al suicidio assistito, ha affermato di dover pervenire ad un diverso risultato, in analogia con la posizione assunta dalla Corte di Strasburgo (sentenza *Dániel Karsai contro Ungheria* e, in precedenza, sentenza *Pretty contro Regno Unito*) e dalla Corte suprema del Regno Unito (sentenza 25 giugno 2014, *Nicklinson e altri*). E ciò nella consapevolezza dei rischi che una legislazione permissiva potrebbe determinare, che non consistono soltanto negli abusi a danno dei soggetti che esprimono la volontà di morire, ma anche nella possibilità che *«si crei una «pressione sociale indiretta» su altre persone malate o semplicemente anziane e sole, le quali potrebbero convincersi di essere divenute ormai un peso per i propri familiari e per l'intera società, e di decidere così di farsi anzitempo da parte».*

Al tempo stesso sembra di poter dire che, a voler considerare la Corte costituzionale come un legislatore, la norma da ultimo adottata (la sent. n. 132/2025) risulterebbe piuttosto carente sotto il profilo del *drafting*, dal momento che non si preoccupa troppo di chiarire in che modo le sue affermazioni possano integrarsi con quelle pregresse, in particolare con quelle contenute nella sent. n. 66/2025, che la precede di poche settimane. Quest'ultima, infatti, non solo ha evidenziato nuovamente il rischio che possa ingenerarsi una pressione sociale indiretta sulle persone malate, anziane o sole, ma ha altresì osservato che *«in un contesto storico caratterizzato da tensioni sull'allocatione delle risorse pubbliche, il cosiddetto “diritto di morire” rivendicato in alcune circostanze potrebbe essere paradossalmente percepito dal malato*

come un “dovere di morire” per non “essere di peso”, con un grave abbassamento della sensibilità morale collettiva che tutela le persone più fragili, spesso, peraltro, “invisibili”. Tale scivolamento colliderebbe frontalmente con il principio personalista che anima la Costituzione italiana». Non si tratta di remore o di scrupoli ingiustificati, nella prospettiva del diritto costituzionale.

Lascia assai perplessi, in particolare, quell’affermazione della sent. n. 132/2025 ai sensi della quale il *diritto* di essere accompagnati dal SSN nella procedura di suicidio, «secondo i principi che regolano il servizio, include il reperimento dei dispositivi idonei, laddove esistenti, e l’ausilio nel relativo impiego». La legge n. 833/1978, infatti, non prevede alcun principio del genere (ossia il dovere di fornire dispositivi idonei a provocare la morte dei pazienti, insieme all’ausilio per il loro impiego). L’art. 1 della legge istitutiva del SSN, nel definire i principi, afferma piuttosto che «la tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica». Il successivo art. 2, nel definire gli obiettivi, garantisce, fra l’altro, la «tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione».

Come annoverare, dunque, l’aiuto medico a morire fra le “cure”, considerando che non si prefigge l’obiettivo della promozione, del mantenimento e del recupero della salute fisica o psichica e meno ancora l’inclusione dei soggetti più vulnerabili della società?

Un’espressione contenuta in una sentenza di inammissibilità, che neppure entra nel merito della questione, non pare idonea ad «abrogare» una legge dello Stato e a riformarla in aspetti fondamentali.

È assai significativo che la WMA (che raduna nel mondo dieci milioni di medici di ogni latitudine, etnia, cultura e credo religioso) continua ad escludere che suicidio assistito ed eutanasia possano considerarsi terapie, in quanto contrarie all’etica medica (cfr. da ultimo 70th WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, October 2019 <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>). Fra l’altro, come ha ricordato da ultimo la sent. *Karsai contro Ungheria*, anche la maggior parte degli Stati membri della CEDU continua a sancire il divieto penalmente sanzionato di aiuto al suicidio, il quale, secondo la Corte EDU, è volto a perseguire scopi legittimi, come ad esempio proteggere la vita dei soggetti vulnerabili dal rischio di abusi, preservare l’integrità etica della professione medica e proteggere la moralità sociale con riguardo al significato e al valore della vita umana (paragr. 137 e 163).

Si è detto che la materia del suicidio medicalmente assistito sarebbe spuntata, per effetto della pronuncia costituzionale, «come un fiore tra le rocce» [così L. BUSATTA, *op. cit.*, 101]. L’accostamento dell’atto che implica procurare intenzionalmente la morte di una persona vulnerabile ad un fiore che nasce fra le rocce lascia stupefatti, anche se, com’è stato detto, «dobbiamo essere consapevoli del primato della morte nelle nostre società e della conseguente sottovalutazione del valore della vita» [L. VIOLANTE,

Ricostruiamo la cultura della vita per dare corpo alla vera speranza, su *Avvenire*, 29 giugno 2025, 17]. A fronte di ciò occorre, a maggior ragione, «reclamare innanzitutto la difesa della vita come dovere prioritario delle autorità politiche. Occorre ricostruire, anche laicamente, la sacralità della vita e della morte, per non diventare preda del cinismo». Battersi per la pace - si è detto - oggi non basta più, bisogna battersi per la vita: «Le ragazze iraniane hanno rischiato il carcere gridando “donne, vita, libertà”; non chiedevano la pace, chiedevano la vita, perché dal rispetto della vita nascono la libertà e la pace» (*Ibidem*).

Qual è, allora, il fiore fra le rocce che merita tutela?

DAVIDE SERVETTI – CHIARA TRIPODINA

A nostro avviso, vi è stato un cammino nella giurisprudenza costituzionale rispetto al “diritto” al suicidio medicalmente assistito.

Nelle pronunce del 2018-2019 la Corte costituzionale afferma che dalla Costituzione discende il dovere dello Stato di tutelare la vita delle persone, non quello opposto «di riconoscere all’individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire». Questa netta affermazione in premessa non le impedisce, tuttavia, di circoscrivere un’area di non punibilità per l’aiuto al suicidio, se prestato a persona in condizioni di patologia irreversibile, sofferenze intollerabili, mantenimento in vita tramite trattamenti di sostegno vitale, autonomia decisionale. L’assolutezza del divieto di aiuto al suicidio è, infatti, incostituzionale, nella misura in cui limita ingiustificatamente la «libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze». La Corte dunque – non senza forzature – riconduce il suicidio medicalmente assistito tra le terapie anti-dolore e la richiesta dello stesso nell’alveo dell’autodeterminazione terapeutica, costituzionalmente riconosciuta dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost.

Nel 2019 la Corte parla dunque di *libertà di autodeterminazione* terapeutica e non mai di diritto al suicidio medicalmente assistito. Dalla affermata libertà, fa però discendere alcune conseguenze, queste sì, declinabili come *diritti di prestazione*. Alle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale, la Corte infatti, come più sopra detto, riserva la verifica delle condizioni che rendono legittimo l’aiuto al suicidio; la verifica delle relative modalità di esecuzione; nonché richiede il parere preventivo di un organo collegiale terzo. Tutte queste non sono mere ripartizioni di competenze: sono obblighi, *doveri di verifica*, che la Corte pone in capo alla pubblica amministrazione sanitaria, nel caso in cui venga avanzata una istanza di aiuto al suicidio medicalmente assistito.

Meno chiaro era se si potesse dedurre dalla sentenza del 2019 anche un *dovere di esecuzione* del suicidio medicalmente assistito, e dunque un diritto a essere concretamente aiutati a morire, una volta che tutte queste verifiche avessero avuto esito positivo. Contro la configurabilità di un diritto soggettivo pareva deporre il fatto che la Corte lasciasse affidato «alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a

esaudire la richiesta del malato», senza al contempo porre un contestuale dovere di esecuzione del suicidio medicalmente assistito in capo all'azienda sanitaria locale, attraverso ad esempio l'individuazione di medici non obiettori. Questo non detto rendeva l'opzione interpretativa della doverosità dell'esecuzione, benché possibile, priva della certezza e della vincolatività degli altri doveri espressamente individuati, restando più plausibile l'opzione della mera possibilità.

Si veniva così a creare la situazione di un *vulnus* costituzionale dichiarato, di una procedura posta in essere per sanarlo, ma solo fino a un certo punto: garantito il diritto di presentare una istanza, garantito il diritto che questa istanza fosse valutata e verificata, si passava dal piano della “garanzia dei diritti”, a quello dell’“esaudimento delle richieste”. Se il paziente trovava un medico disposto ad assisterlo nel suicidio nell'ambito di una solidarietà orizzontale, la richiesta veniva esaudita e il medico andava esente da responsabilità penale; se non lo trovava, la richiesta era destinata a rimanere tale; oppure si poteva immaginare l'attivazione di una solidarietà verticale da parte del Servizio sanitario nazionale solo in via sussidiaria, una volta fallito l'appello alla solidarietà orizzontale. Da questa incertezza interpretativa prendevano spessore le riflessioni sulle ricadute sul principio di eguaglianza nel caso in cui la richiesta fosse stata tradotta in diritto di prestazione in alcune Regioni e in altre no, con i conseguenti possibili rischi di migrazione sanitaria.

Nella sentenza n. 132 del 25 luglio 2025, la Corte è tuttavia intervenuta con un’“interpretazione autentica” sul punto (come già aveva fatto nella sentenza n. 135 del 2024, con riguardo ai trattamenti di sostegno vitale), parlando – questa volta esplicitamente – di «*diritto* di essere accompagnato dal Servizio sanitario nazionale nella procedura di aiuto al suicidio medicalmente assistito», diritto che include «il reperimento dei dispositivi idonei» e «l’ausilio nel relativo impiego». Il che significa che devono essere reperiti e forniti il farmaco e il dispositivo medico per l’autoiniezione, ma anche che deve essere garantita la presenza di personale sanitario del Servizio sanitario nazionale che assista il paziente nel momento dell’autosomministrazione. Pare dunque di poter affermare che nell’ultimo tratto della sua giurisprudenza, sì, la Corte costituzionale abbia riconosciuto il diritto all’accesso al suicidio medicalmente assistito.

Il cammino della Corte non si ferma, invero, a questo. In un’altra pronuncia del 2025, la n. 66 del 21 maggio 2025 (ma già anche, sia pur in misura più contenuta, nella sentenza n. 135 del 2024), i giudici costituzionali, dopo avere nelle prime sentenze posto l’enfasi sulla libertà di autodeterminazione terapeutica nelle fasi finali della vita e sui conseguenti diritti, spostano con decisione l’accento sul «dovere della Repubblica di rispondere all’appello che sgorga dalla fragilità» con una solidarietà non intermittente, ma «in via continuativa, attraverso un percorso di effettiva presa in carico da parte del sistema sanitario e sociale» nell’arco di tutta la vita. Affinché – dice la Corte – «il cosiddetto “diritto di morire” rivendicato in alcune circostanze» non venga «paradossalmente percepito dal malato come un “dovere di morire” per non “essere di peso”».

In particolare, la Corte – in oltre tre pagine della parte motiva della sentenza – declina analiticamente questo dovere nei termini di uno «stringente appello» ai titolari di potere politico, affinché diano corso a un «adeguato sviluppo delle reti di cura palliativa e di una effettiva presa in carico da parte del sistema sanitario e sociosanitario»; e non solo della persona malata, ma anche di coloro che, nelle famiglie o all'interno delle relazioni affettive, assistono i pazienti in situazioni particolarmente difficili e per lunghi periodi. Ciò, dice la Corte, al fine di «evitare un ricorso improprio al suicidio assistito». “Improprio”, nel senso di non proprio di un ordinamento costituzionale fondato sui principi personalista e solidarista.

Sembra così, in questa ultima fase della sua giurisprudenza, che la Corte ricerchi il necessario equilibrio tra diritti della persona e doveri delle istituzioni nelle fasi finali della vita. In attesa, sempre, di un intervento del legislatore (nazionale), che sistematizzi tutti i punti ormai acquisiti nella giurisprudenza costituzionale, ma anche eventualmente consideri altre opzioni, nell'esercizio della sua discrezionalità politica.

I PARTECIPANTI AL FORUM

Stefano Agosta, Professore ordinario di Diritto costituzionale e pubblico – Università di Messina

Carlo Calvieri, già Professore di ruolo di Istituzioni di diritto pubblico e costituzionale – Università di Perugia

Gian Luca Conti, Professore ordinario di Diritto costituzionale e pubblico – Università di Pisa

Antonello Lo Calzo, Ricercatore t.d. di Diritto costituzionale e pubblico – Università di Pisa

Federico Gustavo Pizzetti, Professore ordinario di Diritto costituzionale e pubblico – Università degli Studi di Milano

Giovanna Razzano, Professoressa ordinaria di Diritto costituzionale e pubblico – Sapienza Università di Roma

Davide Servetti, Professore associato di Diritto costituzionale e pubblico – Università del Piemonte Orientale

Chiara Tripodina, Professoressa ordinaria di Diritto costituzionale e pubblico –
Università del Piemonte Orientale