

OSSERVATORIO COSTITUZIONALE

Codice ISSN: 2283-7515

Fasc. 3/2024

Data: 4 giugno 2024

Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*

di **Lucia Busatta** – *Ricercatrice t.d. b) di diritto costituzionale nell'Università di Trento*

TITLE: How to shape substance? The role of the Regions in the regulation of medically assisted suicide

ABSTRACT: Il saggio mira a proporre una lettura delle iniziative legislative recentemente presentate in alcuni Consigli Regionali, volte a dare attuazione alla sentenza della Corte costituzionale sul suicidio assistito. Dopo una breve sintesi dei contenuti delle proposte, si indaga lo spazio di intervento regionale, analizzando le competenze legislative attribuite dalla Costituzione e l'interpretazione fornita dalla giurisprudenza costituzionale. Si prende poi in considerazione la possibilità di intervenire con una delibera regionale. Le conclusioni mettono in luce il ruolo che le Regioni possono esercitare nel quadro costituzionale per contribuire all'attuazione della disciplina sul suicidio assistito.

The essay aims to propose an interpretation of the legislative proposals recently presented in some Regional Councils, aimed at implementing the Constitutional Court ruling on assisted suicide. After a brief summary of the contents of the proposals, the author analyses the space for regional intervention, assessing the legislative competences attributed by the Constitution and the

* Lavoro sottoposto a referaggio secondo le linee guida della Rivista.

Contributo soggetto alla licenza "CC BY-NC-ND" Attribuzione – Non Commerciale – Non Opere Derivate 4.0 Internazionale; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

interpretation provided by constitutional jurisprudence. The possibility of intervening with a regional administrative act is then taken into consideration. Conclusions highlight the role that the Regions can exercise within the constitutional framework to contribute to the implementation of the legislation on assisted suicide.

KEYWORDS: suicidio medicalmente assistito; fine-vita; Regioni; competenze; Corte costituzionale; medically assisted suicide; end of life, Regions; competencies; Constitutional Court

SOMMARIO: Il cantiere sempre aperto delle questioni eticamente sensibili. – 2. Sul crinale del riparto di competenze: i contenuti della proposta di legge regionale sull’assistenza al suicidio. – 3. La non univoca questione delle competenze. – 4. I precedenti della Corte costituzionale e l’insidioso terreno delle competenze regionali. – 5. Nel silenzio delle Camere, quale spazio alle Regioni? – 6. Conclusioni: diritti contesi e autonomie territoriali.

1. Il cantiere sempre aperto delle questioni eticamente sensibili

Fra i cambiamenti profondi che attraversano l’epoca attuale, uno di quelli che sta richiedendo al diritto di interrogarsi su alcune delle proprie certezze insindacabili riguarda il rapporto con l’avanzamento tecnologico che, ormai da oltre cinquant’anni, attraversa anche la scienza medica. Senza riprendere questioni già ampiamente affrontate¹, basti qui ricordare, semplicemente, i mutamenti di cui anche l’universo giuridico si è dovuto far carico, per i criteri di definizione della morte, così come le numerose e – in parte – ancora controverse possibilità offerte dalla medicina della riproduzione, che ha saputo varcare, in relativamente poco tempo, frontiere che sino a non molti decenni fa, si pensavano insormontabili.

In questo contesto, da una ventina d’anni, nell’ordinamento italiano, le questioni giuridiche legate alle decisioni del c.d. fine-vita stanno alimentando intensamente il dibattito pubblico relativamente al riconoscimento dell’autodeterminazione individuale nelle fasi finali dell’esistenza

¹ Sono tanti gli autori ad essersi occupati, da diverse prospettive, dei rapporti tra avanzamento scientifico, medicina e scienza. Per alcuni riferimenti cfr. P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione*, Milano, 2007; S. AGOSTA, *Bioetica e Costituzione*, Milano, 2012; C. CASONATO, *Biodiritto*, Torino, 2023. Per una panoramica ampia, di autori e argomenti, si veda l’opera in sei volumi diretta da S. RODOTÀ, P. ZATTI, *Trattato di Biodiritto*, Milano, 2010-2012.

e al relativo margine di discrezionalità per il legislatore. Ciò che, però, rende tali tematiche particolarmente solleticanti per il giurista e, in specie, per il costituzionalista, riguarda il grado di sollecitazione cui gli istituti giuridici tradizionali sono sottoposti a motivo della “pressione” esercitata da inedite istanze sociali e il ruolo che, a fronte di ciò, sono chiamati a svolgere i pubblici poteri. Si tratta di tendenze che impongono al diritto di riassetare bilanciamenti da tempo consolidati, con l’effetto di portare all’elaborazione di nuovi strumenti giuridici o determinare un impiego degli istituti esistenti fuori dagli schemi tradizionali.

Senza ripercorrere tappe già note², si intende soffermarsi su alcune delle numerose questioni giuridiche che traggono origine dalla duplice pronuncia della Corte costituzionale sul suicidio medicalmente assistito³.

I tratti della fattispecie sono noti e altrettanto lo è l’inedita e inaspettata decisione in due tempi della Corte costituzionale che, dopo aver «prospettato»⁴ l’incostituzionalità parziale dell’art. 580 c.p., rinviando però la decisione in modo da permettere alle Camere «ogni opportuna riflessione e iniziativa»⁵, ha dovuto prendere atto dell’inerzia del legislatore, dichiarando l’illegittimità parziale della norma impugnata. Al fine di rispondere a istanze «inimmaginabili all’epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta»⁶ e pertanto non contemplate dal diritto, anche per rispettare lo spazio di discrezionalità del legislatore e il suo ruolo insostituibile nel compiere il bilanciamento tra i numerosi interessi e valori in gioco, la Corte ha creato una nuova tecnica decisoria, arricchendo la giustizia costituzionale di pagine inedite⁷.

Nella ricerca di una soluzione necessariamente autoapplicativa, volta ad aggirare l’inerzia delle Camere e garantire l’effettività dei diritti di persone che vivono situazioni di particolare

² Ci si riferisce, in particolare, al “primo” dibattito sulle scelte di fine-vita, sollecitato dai casi Englaro e Welby, che ha portato, dopo oltre dieci anni di discussioni molto divisive, all’approvazione della l. n. 219/2017. Un utile esempio delle dinamiche descritte è offerto anche dalle vicende ormai ventennali legate alla disciplina della procreazione medicalmente assistita (l. n. 40/2004), e delle serrate battaglie giurisdizionali provocate dai contenuti ideologici di tale legge.

³ Le pronunce, assai note, cui ci si riferisce sono Corte cost., ord. n. 207/2018 e Corte cost., sent. n. 242/2019.

⁴ G. LATTANZI, *Relazione del Presidente della Corte costituzionale sull’attività svolta nell’anno 2018*, in www.cortecostituzionale.it, 12; C. MASCIOTTA, *La Corte costituzionale riconosce il diritto, preannunciato, a morire rapidamente e con dignità con una tecnica decisoria dalle dirompenti implicazioni*, in *Consulta online*, 1, 2020, 64; S. ANGIUS, *Le ordinanze di incostituzionalità accertata ma non dichiarata con rinvio a data fissa: per il consolidamento di un modello*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 2, 2023, 121.

⁵ Corte cost., ord. n. 207/2018, pt. 11 c.i.d.

⁶ Corte cost., ord. n. 207/2018, pt. 8 c.i.d.

⁷ La tecnica della pronuncia in due tempi è stata, infatti, utilizzata già altre volte dopo la questione sulla legittimità dell’assistenza al suicidio, relativamente al delitto di diffamazione aggravata a mezzo stampa (ord. n. 132/2020 e sent. n. 150/2021), e sull’ergastolo ostativo (ord. n. 97/2021, seguita dalle ordd. nn. 122/2022 e 227/2022).

vulnerabilità, la Corte ha tentato di costruire una «procedura medicalizzata» ritagliandola dalle fonti normative vigenti e volta a costruire la nicchia di non punibilità del reato di assistenza al suicidio, tracciando il perimetro dei requisiti procedurali che legittimano le richieste di aiuto medico nel morire⁸. Il dato è significativo, poiché, qualora la Corte si fosse limitata a stabilire la parziale illegittimità della norma penale, sarebbero mancati alcuni rilevanti punti di riferimento rinvenibili nel sistema legislativo⁹. In altre parole, con il richiamo alla verifica della volontà della persona secondo lo schema previsto dalla legge n. 219/2017, il giudice delle leggi ha legittimato l'assistenza medica al suicidio in specifici casi e stabilito le modalità di accertamento della sussistenza dei relativi requisiti, affidandone la verifica a «strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale», come peraltro già fatto in altre precedenti occasioni, in materia di procreazione medicalmente assistita¹⁰.

Numerose sono state le voci critiche riguardanti una (forse) eccessiva creatività della Corte e la sentenza, pur giustificata dalle esigenze di tutela costituzionale dei diritti fondamentali, è stata attaccata da parte della dottrina per essersi spinta oltre i poteri tradizionalmente ablativi del sindacato costituzionale delle leggi¹¹. Ciononostante, e a dispetto dell'intenzione dei quindici giudici di offrire un risultato immediatamente autoapplicativo in attesa dell'auspicato intervento del legislatore, molti sono gli interrogativi che la pronuncia ha lasciato aperti e che richiedono una risposta operativa proprio per rendere l'accesso alle procedure legittimate per effetto della sentenza n. 242/2019 pienamente effettivo nell'ordinamento.

⁸ La Corte costituzionale evidenzia che il fondamento del proprio intervento "creativo" e non meramente ablativo è da rinvenirsi nell'esigenza costituzionale di evitare vuoti di tutela nella garanzia dei diritti fondamentali: «questa Corte può e deve farsi carico dell'esigenza di evitarli, non limitandosi a un annullamento "secco" della norma incostituzionale, ma ricavando dalle coordinate del sistema vigente i criteri di riempimento costituzionalmente necessari, ancorché non a contenuto costituzionalmente vincolato, fin tanto che sulla materia non intervenga il Parlamento», sent. n. 242/2019, pt. 4 c.i.d.

⁹ Come già sostenuto nella sent. n. 236/2016, in materia di proporzionalità delle sanzioni penali, «è infatti essenziale l'individuazione di soluzioni già esistenti, idonee a eliminare o ridurre la manifesta irragionevolezza lamentata».

¹⁰ Corte cost., sent. n. 229 e n. 96 del 2015, sul divieto di diagnosi genetica preimpianto e sulla non punibilità del medico che effettua la selezione degli embrioni.

¹¹ Fra le voci critiche sulla innovativa modalità decisoria della Corte, si segnalano A. NICOLUSSI, *Lo sconfinamento della Corte costituzionale: dal caso limite della rinuncia a trattamenti salva-vita alla eccezionale non punibilità del suicidio medicalmente assistito*, in *Corti Supreme e Salute*, 2, 2019, 201; G. RAZZANO, *Nessun diritto di assistenza al suicidio e priorità per le cure palliative, ma la Corte costituzionale crea una deroga all'invulnerabilità della vita e chiama "terapia" l'aiuto al suicidio*, in *Dirittifondamentali.it*, 1, 2020, 640; A. RUGGERI, *La disciplina del suicidio assistito è "legge" (o, meglio, "sentenza-legge")*, frutto di libera invenzione della Consulta. A margine di Corte cost. n. 242 del 2019, in *Quaderni di diritto e politica ecclesiastica*, 3, 2019, 633.

Prendendo atto di quanto stabilito dal giudice delle leggi, questo scritto offre una lettura delle iniziative legislative recentemente presentate in alcuni Consigli Regionali, volte a dare forma attuativa alla sentenza in parola. Ci si propone, in altri termini, di ragionare sull'esistenza di uno spazio di intervento delle autonomie territoriali nello specifico ambito delle procedure per l'assistenza al suicidio e dell'eventuale ambito di manovra spettante ai legislatori regionali per la regolazione degli aspetti organizzativi legati a tale intervento.

A tal fine, dopo una breve sintesi dei contenuti delle proposte (alcune, peraltro, sostanzialmente sovrapponibili) in discussione in alcune Regioni, si appurerà se l'intervento della Corte costituzionale abbia di fatto creato una nuova prestazione sanitaria subordinata al rispetto di alcune specifiche condizioni, in relazione alla quale possa essere riconosciuta la facoltà di intervento regionale, e si valuteranno le conseguenze di una eventuale approvazione di una di queste proposte.

La continua sollecitazione alla quale le istanze sociali, spinte dalle possibilità offerte dallo sviluppo medico-scientifico, costringono il diritto si dimostra, in maniera paradigmatica in questo caso, particolarmente feconda, non solo sotto il profilo sostanziale. Infatti, la definizione di un pur limitato spazio di non punibilità dell'aiuto al suicidio ha determinato l'individuazione di un obbligo di verifica in capo alle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale, imponendo di fatto all'amministrazione sanitaria di dotarsi di un procedimento per adempiere a questo dovere di rilevanza costituzionale. In assenza di un intervento delle Camere, è comunque necessario individuare le modalità di esercizio delle funzioni "ritagliate" dalla Corte.

2. Sul crinale del riparto di competenze: i contenuti della proposta di legge regionale sull'assistenza al suicidio

Nel corso degli ultimi mesi, alcuni consigli regionali sono stati interessati da una proposta di legge di iniziativa popolare in tema di fine vita, promossa dalle "cellule" locali dell'Associazione Luca Coscioni che, a livello nazionale, da anni svolge attività di *advocacy* rispetto alla promozione e al riconoscimento delle «libertà civili e dei diritti umani»¹².

¹² Le Regioni nelle quali l'iniziativa legislativa popolare ha terminato la raccolta delle firme ed è stata depositata in Consiglio regionale sono Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Abruzzo. Si segnala che in Basilicata la proposta di legge è stata depositata come iniziativa di nove Consigli comunali, mentre in Calabria, nelle Marche, in

Nelle Regioni in cui la raccolta delle firme per la presentazione dell'iniziativa legislativa popolare è giunta a termine, i rispettivi consigli regionali si sono trovati impegnati a discutere dell'ammissibilità statutaria di un intervento legislativo di tal portata e, in alcuni casi, ne è iniziata anche la discussione assembleare. Il testo, quindi, parte dal medesimo nucleo originario che, però, nel tempo ha subito una significativa revisione¹³.

Al fine di ragionare circa la costituzionalità di tale iniziativa legislativa è quindi necessario riprenderne brevemente i contenuti, per comprendere come essi si pongano rispetto alla pronuncia della Corte costituzionale, se abbiano una portata innovativa o rechino disposizioni meramente organizzative.

In questo caso, partire dalla sostanza, ossia dai contenuti della proposta legislativa, consentirà di ragionare poi anche sulla forma dell'intervento, vale a dire sulla scelta di intervenire con la fonte primaria, piuttosto che con un atto amministrativo (come peraltro già fatto in Puglia, limitatamente ad alcuni aspetti, e da ultimo in Emilia-Romagna¹⁴). Individuare gli ambiti di competenza legislativa entro i quali il legislatore dovrebbe muoversi, inoltre, permette pure di verificare se la sentenza abbia creato alcune prestazioni a carattere costituzionalmente vincolato in capo ai pubblici poteri.

Già dal titolo della proposta e dalla rubrica dei singoli articoli, il presupposto da cui muove l'iniziativa legislativa è chiaro: a completamento della pronuncia della Corte costituzionale si rendono necessarie alcune indicazioni di carattere organizzativo che, in assenza dell'intervento delle Camere, spettano alle Regioni, in virtù della competenza concorrente in materia di tutela della salute.

Sardegna e Valle d'Aosta la proposta è stata depositata da consiglieri del PD. Ogni riferimento utile è disponibile sul sito dedicato all'iniziativa, <https://liberisubito.it/>.

¹³ Ci si riferisce ai testi presentati in Veneto ed Emilia-Romagna, sensibilmente diversi dalla proposta depositata successivamente in Friuli-Venezia Giulia e in Piemonte e disponibile a questo indirizzo: https://liberisubito.it/wp-content/uploads/2023/09/25.08.23_PDL-regionale_suicidio-assistito.pdf.

¹⁴ Per la Puglia, l'atto regionale si limita a confermare la competenza del Comitato Etico del Policlinico di Bari a rendere i pareri previsti dalla sentenza della Corte (DGR n.18/2023, *Attuazione sentenza Corte costituzionale 242/2019 - Comitato etico territorialmente competente*). Per l'Emilia-Romagna, invece, la DGR n. 194/2024 ha istituito il Comitato Regionale per l'Etica nella Clinica (COREC) con la funzione, tra le altre, di rendere i pareri previsti dalla sentenza. Ad esso è seguita la determinazione della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare n. 2596/2024, *Istruzioni tecnico-operative per la verifica dei requisiti previsti dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 e delle modalità per la sua applicazione*, che si occupa di descrivere l'iter per dar seguito alle richieste di assistenza al suicidio.

La proposta, nella versione attuale, si compone di sei articoli, così rubricati: «Finalità» (art. 1), «Requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito» (art. 2), «Istituzione della Commissione medica multidisciplinare permanente» (art. 3), «Verifica dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito» (art. 4), «Gratuità della prestazione» (art. 5), «Clausola di invarianza finanziaria» (art. 6).

Le disposizioni proposte contengono, per lo più, prescrizioni di carattere strettamente organizzativo e procedurale, con alcune eccezioni, meritevoli di attenzione, dal punto di vista della definizione della tipologia di intervento regionale e della natura degli obblighi positivi spettanti alle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale (SSN) secondo quanto stabilito dalla Corte. Ne costituisce un esempio l'art. 1, co. 2, della più recente versione disponibile, che qualifica come «individuale e inviolabile» il diritto all'*erogazione dei trattamenti* previsti dalla legge, andando in tal modo a configurare in capo all'amministrazione sanitaria l'obbligo a provvedere e introducendo nuove prestazioni. Trascende la mera natura organizzativa anche la previsione di cui all'art. 5, secondo la quale i trattamenti e le prestazioni previsti sono forniti gratuitamente¹⁵, poiché essa pare andare oltre quanto stabilito dal giudice costituzionale, che non aveva espressamente compreso la fornitura del farmaco entro il dovere di verificare le condizioni che legittimano l'accesso al suicidio assistito e le sue modalità di esecuzione.

Dal punto di vista strettamente operativo, la proposta di legge prevede l'istituzione, presso ciascuna azienda sanitaria, di una Commissione medica multidisciplinare permanente, integrabile caso per caso, con il compito di verificare la sussistenza dei requisiti soggettivi per l'accesso al suicidio assistito. Viene poi descritto un procedimento scandito in fasi con tempistiche incalzanti, che si completa con il diritto della persona richiedente di sospendere, posticipare o annullare in ogni momento l'erogazione del trattamento. Questa previsione non pare, invece, destare particolari perplessità, potendo essere qualificata come una specifica applicazione di quanto previsto dall'art. 1 della legge n. 219/2017.

Alcuni profili di criticità emergono, invece, dalle versioni (sovrapponibili) depositate in Veneto¹⁶ e in Emilia-Romagna¹⁷, il cui primo articolo si apre assicurando l'accesso all'assistenza sanitaria

¹⁵ Come rilevato anche nel parere della Consulta di garanzia statutaria dell'Emilia-Romagna (pag. 9).

¹⁶ In Veneto, il progetto di legge regionale n. 127 è stato discusso dal Consiglio in data 16/01/2024: non essendoci i presupposti per la sua approvazione, esso è stato rinviato in commissione e il suo iter si è sostanzialmente concluso.

necessaria alle persone malate che ne facciano richiesta e che soddisfino i requisiti «previsti dalla rilevante disciplina statale» e prosegue con lo strumento della clausola di cedevolezza invertita, richiamando i requisiti soggettivi stabiliti nella sentenza n. 242/2019. La formulazione è poco efficace e produce un effetto straniante che deriva, probabilmente, dall'inversione dell'ordine logico delle previsioni normative e dal vago riferimento alla rilevante disciplina statale. In effetti, nella versione del progetto di legge circolata successivamente, l'*incipit* richiama il dovere, in capo alla Regione interessata, di dar seguito a quanto previsto dalla sentenza, in linea naturalmente con le previsioni di legge già esistenti.

La seconda versione della proposta di legge presenta una formulazione che esprime più efficacemente la volontà regionale di non invadere le competenze esclusive statali, nell'intendimento di muoversi soltanto nel definito perimetro delle disposizioni di dettaglio spettanti alle autonomie territoriali nelle materie concorrenti. In tal senso, la clausola di cedevolezza invertita¹⁸ mette più chiaramente in luce la propria funzione di risoluzione *ex ante* di potenziali antinomie tra la fonte legislativa statale sopravvenuta e quella regionale antecedente.

Da una lettura complessiva del testo, l'aspetto che pare essere più critico, pur all'interno di un articolato oggettivamente asciutto e dal linguaggio piano, consiste nelle implicazioni legate al ferreo rispetto delle competenze in un ambito tanto delicato. Ciò attiene, segnatamente, all'eventuale – ma in certi termini necessitata – aggiunta di previsioni contenenti prestazioni (originariamente non previste dalla sentenza), mirate a colmare i vuoti di disciplina che l'intervento del giudice costituzionale, già spintosi molto oltre rispetto ai limiti tradizionali della trama di un intervento additivo nel sindacato costituzionale, non avrebbe potuto riempire e che si rendono, però, inevitabili proprio per dare esecuzione alla sentenza stessa.

Questo, in effetti, è il nodo cruciale dell'intera operazione di cui in questa sede si intende dare conto: in assenza di un intervento del legislatore statale, è costituzionalmente legittima una legge regionale volta a definire gli aspetti organizzativi dell'accesso alla procedura medicalizzata disegnata dal giudice delle leggi? E, più nello specifico, quali possono essere i “confini” dei profili

¹⁷ In Emilia-Romagna, con parere n. 12/2023, la Consulta di Garanzia statutaria si è espressa sull'ammissibilità del disegno di legge, trasmesso all'Assemblea legislativa, ma non ancora calendarizzato.

¹⁸ Nella versione più aggiornata della proposta di legge, la clausola di cedevolezza invertita apre l'art. 2 e si riferisce alla definizione dei criteri soggettivi per l'accesso al suicidio medicalmente assistito.

organizzativi, se – come la proposta di legge brevemente commentata già dimostra – per molti aspetti procedura e sostanza finiscono spesso per sovrapporsi?

La costruzione di una risposta complessiva al quesito richiede, in effetti, di suddividere la questione in diversi profili, che attengono, segnalatamente (i) all’individuazione delle competenze legislative rilevanti nella disciplina delle modalità di accesso al suicidio medicalmente assistito; (ii) alla scissione tra la possibilità, in astratto, di intervenire da parte delle Regioni e taluni specifici profili contenutistici delle proposte attualmente in discussione; (iii) alla valutazione della maggiore efficacia della fonte primaria regionale rispetto, invece, all’eventuale (e già sperimentata) possibilità di intervento con un atto amministrativo; (iv) alla valutazione, in via del tutto ipotetica, del destino delle norme legislative regionali eventualmente approvate, nel caso di un successivo e comunque sempre auspicabile intervento del legislatore statale

3. La non univoca questione delle competenze

La questione preliminare ad ogni ulteriore valutazione attiene all’individuazione delle competenze legislative. La complessità della materia e le sue molteplici implicazioni, in effetti, non consentono di elaborare agevolmente una risposta unitaria, tanto che non solo la dottrina è divisa, ma differenti risultano essere pure i pareri espressi dall’Avvocatura generale dello Stato e dagli organismi di garanzia statutaria interpellati¹⁹.

Cercando, quindi, di mettere in ordine gli ambiti competenziali che interessano la disciplina, in astratto, non si può certamente escludere che, nella materia, siano rilevanti le competenze esclusive statali relative alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (art. 117, co. 2, lett. *m*), Cost.) e l’ordinamento civile e penale (art. 117, co. 2, lett. *l*), Cost.). Al contempo, però, non si può non considerare la competenza concorrente in materia di tutela della salute che consente alla Regione di intervenire con norme di dettaglio, nel rispetto dei principi generali fissati con legge dello Stato.

¹⁹ Si vedano la delibera 12/2023 della Consulta di Garanzia statutaria dell’Emilia-Romagna, il parere n. 1/2023 del Collegio regionale delle Garanzie Statutarie dalla Regione Abruzzo, il parere n. 1/2023 della Commissione di Garanzia del Consiglio regionale del Piemonte.

Per sciogliere l'intricata matassa delle competenze, bisogna tenere a mente che la questione su cui si ragiona non riguarda l'intervento normativo che disciplini *in toto* le modalità di accesso al suicidio medicalmente assistito. Circa tale profilo, *nulla quaestio*: sin dall'ordinanza n. 207/2018, «in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale» la Corte costituzionale aveva chiarito che ci si trova all'incrocio di «valori di primario rilievo, il cui compiuto bilanciamento presuppone, in via diretta ed immediata, scelte che anzitutto il legislatore è abilitato a compiere». Nessun dubbio, dunque, sulla sussistenza della competenza esclusiva statale relativa alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, a motivo delle preminenti esigenze di eguaglianza della disciplina sull'intero territorio nazionale.

L'ambito in cui si muovono le proposte di legge in discussione, tuttavia, è diverso.

Preso atto dell'inerzia del legislatore statale, la Corte si è sentita costretta ad individuare, nelle pieghe della legislazione statale vigente, la disciplina per legittimare le richieste di assistenza medica al suicidio, al fine di assicurare una tutela effettiva dei diritti fondamentali che la propria pronuncia mira a proteggere. Così, appoggiandosi alla legge n. 219/2017, il giudice costituzionale ha disegnato la «procedura medicalizzata» che prevede la verifica dei requisiti soggettivi da essa enucleati da parte delle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale, previo parere del Comitato etico territorialmente competente.

In particolar modo, le disposizioni richiamate nel pronunciamento attengono alla definizione del consenso informato e alla disciplina del diritto del paziente ad acconsentire a o rifiutare i trattamenti sanitari proposti, così come a revocare il consenso prestato. La manifestazione di volontà della persona, debitamente informata secondo le modalità previste dall'art. 1, co. 3, della legge, e dovutamente documentata (art. 1, co. 4 e 5) è vincolante per i curanti. Secondo la Corte costituzionale, tali disposizioni consentono già di «accertare la capacità di autodeterminazione del paziente e il carattere libero e informato della scelta espressa»²⁰.

Il passaggio è importante, perché è proprio in queste pieghe che, secondo il giudice costituzionale, si può costruire la procedura per il suicidio medicalmente assistito che, in conformità ai requisiti soggettivi enucleati a partire dalla fattispecie concreta sottoposta alla sua attenzione, comprendono non solo la verifica della piena e consapevole volontà della persona, ma anche il fatto che questi sia sottoposto a trattamenti di sostegno vitale, che possono essere oggetto di rifiuto.

²⁰ Corte cost., sent. n. 242/2019, pt. 5 c.i.d.

Il perimetro individuato dalla Corte nelle righe della legge n. 219/2017 costituisce, quindi, l'insieme dei principi fondamentali della materia nel cui rispetto il legislatore regionale, almeno in astratto, potrebbe intervenire esercitando la propria competenza concorrente in materia di tutela della salute²¹.

Con ciò, si badi, non si intende escludere che una successiva legge statale rientri nella competenza esclusiva relativa alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni e consenta di disciplinare l'accesso a quella che, in caso di intervento normativo, dovrebbe effettivamente essere qualificata come prestazione sanitaria avente un carattere complesso, poiché caratterizzata da diverse fasi (la verifica delle condizioni che legittimano la richiesta, la predisposizione di quanto il legislatore riterrà necessario, il rispetto e/o la verifica delle modalità di esecuzione).

L'intervento regionale, però, almeno nel proprio intento dichiarato, si muove su un piano diverso: quello della garanzia di piena effettività del pronunciamento della Corte. La vicenda marchigiana, relativa al primo caso di assistenza al suicidio realizzato in Italia dopo la sentenza n. 242/2019, in effetti, dimostra che, a dispetto di ogni miglior proposito del giudice costituzionale, la pronuncia del 2019 non poteva essere pienamente *self-executing*. Le aziende sanitarie interessate dalla richiesta, infatti, devono potersi muovere entro un perimetro di certezza giuridica che, pur essendo stato delineato nella sentenza, necessita di qualche tratto di penna più dettagliato²².

Parte della dottrina ha peraltro sostenuto che la sentenza della Corte costituzionale, lungi dal creare una nuova prestazione sanitaria, andrebbe semplicemente a descrivere una causa di esclusione della punibilità del reato e il suo impatto sarebbe, dunque, limitato all'interpretazione della condotta nell'ambito di un procedimento penale²³. precluderebbe qualunque intervento del legislatore regionale, poiché la materia penale spetta in via esclusiva alla legge dello Stato *ex art.* 117, comma secondo, lettera *l*), Cost²⁴.

²¹ Come si può leggere, peraltro, nei pareri degli organismi di garanzia statutaria che si sono espressi sull'ammissibilità della proposta normativa.

²² Come dimostrano l'ordinanza del Tribunale di Ancona del 9/06/2021, relativamente alla richiesta di suicidio assistito del signor Mario (Federico Carboni), e il successivo provvedimento del medesimo Tribunale, del 1/02/2022, relativamente alla richiesta di un'altra persona (nome di fantasia sig. Antonio).

²³ A riguardo, cfr., per esempio M.G. NACCI, *Il contributo delle regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Note a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 1, 2023, 105.

²⁴ In tal senso anche G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio, i rilievi dell'Avvocatura Generale dello Stato, le forzature del Tribunale di Trieste e della commissione nominata dall'azienda sanitaria*, in *Consulta Online*, 1, 2024, 84.

Si tratta di una tesi, però, non condivisibile: sebbene sia vero che la Corte costituzionale disegna una «circoscritta area di non punibilità»²⁵ del reato di cui all'art. 580 c.p., ciò che avviene con la sentenza n. 242/2019 va oltre il diritto penale. Nella dichiarata volontà di costruire una pronuncia auto-applicativa, la Corte (ri)costruisce una disciplina positiva della materia, al fine di dare effettività ai diritti fondamentali violati dalla norma dichiarata incostituzionale²⁶.

Tale tipologia di intervento, in definitiva, introduce di fatto nell'ordinamento una prestazione sanitaria, ottenibile dalla persona solamente a fronte dell'esito positivo di alcune verifiche attribuite in via esclusiva all'amministrazione sanitaria²⁷.

4. I precedenti della Corte costituzionale e l'insidioso terreno delle competenze regionali

Riassumendo quanto sinora sostenuto, si può affermare come, nel complesso ambito dell'assistenza al suicidio, la Corte abbia tentato di costruire i tratti di una disciplina, definendone i principi generali e appoggiandosi alle disposizioni già rinvenibili nell'ordinamento. Fra queste, in particolar modo, svolgono un ruolo dirimente le disposizioni della legge n. 219/2017, che tracciano il perimetro dei principi fondamentali della legge dello Stato in materia di consenso informato (art. 1) e fine vita (art. 2). Si può senz'altro ribadire che ci si trova in un settore inerente alla tutela della salute e che, se l'affermazione precedente è vera, un intervento regionale non additivo, ma solo attuativo della normativa di carattere statale così ricostruita potrebbe essere costituzionalmente accettabile.

²⁵ C. TRIPODINA, *La "circoscritta area" di non punibilità dell'aiuto al suicidio. Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, in *Corti Supreme e Salute*, 2, 2019, 217.

²⁶ Nemmeno si può sostenere che le proposte di legge in commento intersechino questo ambito competenzaale poiché non intervengono sui criteri soggettivi che legittimano le richieste di aiuto nel suicidio né prevedono comportamenti per l'amministrazione sanitaria o per i medici che possano incidere sul perimetro di non punibilità tracciato dalla Corte. Non solo dichiaratamente, ma anche concretamente, le proposte di legge regionale presentate lavorano sulla definizione della procedura medicalizzata già individuata dal giudice costituzionale nelle pieghe degli articoli 1 e 2 della legge n. 219/2017.

²⁷ Come si è già avuto modo di sostenere in L. BUSATTA, *Il caso Cappato e la decisione della Corte costituzionale: quando chiedere è lecito, in attesa di una legge*, in *Rivista Italiana di Cure Palliative*, 22(1), 2020, 33. Dello stesso avviso anche N. VETTORI, *Amministrazione e Costituzione. A proposito dell'attuazione della sentenza della Corte costituzionale sull'aiuto al suicidio*, in *Diritto pubblico*, 2, 2022, 547; recentemente P.F. BRESCIANI, *Si può regionalizzare il fine vita? Note minime sull'idea di attuare la sent. n. 242 del 2019 con leggi regionali*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 3, 2023, 131.

L'apparente logicità del sillogismo, tuttavia, non convince del tutto: gli esperimenti legislativi regionali dimostrano che non è facile muoversi in un terreno esclusivamente organizzativo in un ambito nel quale la parte di disciplina che dovrebbe essere "uniforme" risulta da una combinazione tra diverse fonti normative operata dalla Corte costituzionale. D'altro canto, negare ogni possibilità di intervento al legislatore regionale sminuisce ogni residuo spazio di autonomia regionale che, in virtù di una giurisprudenza costituzionale decisamente centripeta, si riduce ad essere puramente ancillare.

Pur non esistendo precedenti pienamente analoghi a quello del caso di specie, ossia pronunce su leggi regionali relative ad ambiti in cui la disciplina positiva di una materia è stata forgiata dalla Corte, in supplenza al legislatore, possono comunque richiamarsi alcuni casi che, *ratione materiae* oppure per elementi analogici, contribuiscono alla definizione dei confini della competenza concorrente.

La giurisprudenza costituzionale relativa al riparto di competenze tra Stato e Regioni, negli oltre vent'anni di vigenza del Titolo V, ha effettivamente adottato un approccio tendente a valorizzare maggiormente le competenze statali, dando risalto, di volta in volta, alle preminenti esigenze di eguaglianza nella garanzia dei diritti sul territorio nazionale o ad interessi unitari non frazionabili²⁸.

Giovano alle tesi contrarie alla legittimità di un intervento legislativo regionale alcune note pronunce attinenti all'ambito delle decisioni di fine-vita e del consenso informato, che la Corte aveva ricondotto alla competenza esclusiva statale, determinando l'impossibilità di qualunque forma di intervento – né innovativo né meramente ripetitivo – per il legislatore regionale.

Nel caso relativo alla legge calabrese sulla donazione degli organi, ad esempio, la Corte dichiarò incostituzionale l'intera disciplina regionale, mera novazione della fonte statale, stabilendo che il tema attiene ad un ambito di competenza esclusiva dello Stato che, come tale, esclude la legge regionale²⁹. Poco tempo dopo, con riguardo all'istituzione di un registro regionale delle dichiarazioni anticipate di trattamento³⁰, adottato in reazione a un – anche allora – estenuante silenzio del legislatore, il giudice delle leggi, affermando la necessità di uniformità di trattamento

²⁸ D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio costituzionale*, 2, 2018, 8.

²⁹ Corte cost., sent. n. 195/2015. Per più ampie riflessioni sia consentito rinviare a L. BUSATTA, *Repetita non iuvant: l'illegittimità della legge calabrese sul consenso alla donazione degli organi*, in *Studium Iuris*, 2016, 5, 548.

³⁰ Corte cost., sent. n. 262/2016.

sul territorio nazionale per ragioni imperative di eguaglianza, ricondusse la materia all'ordinamento civile, spettante in via esclusiva al legislatore statale.

I principi (condivisibili) stabiliti in quelle occasioni, tuttavia, non aiutano a chiarire del tutto la situazione nel caso di cui qui ci si occupa, proprio a motivo della riconosciuta prevalenza, in quei casi, della competenza esclusiva, assorbente rispetto ad ogni considerazione relativa alle esigenze organizzative e alla disciplina di dettaglio in materia di tutela della salute. Anche volendo indagare eventuali margini di esercizio della competenza concorrente nei precedenti citati, la vicenda dell'assistenza al suicidio, con l'individuazione della disciplina statale di riferimento tramite la sentenza manipolativa, rimane un *unicum*.

Rimane, quindi, da chiedersi se, in base all'interpretazione che la Corte costituzionale ha fornito del Titolo V, rimanga o meno uno spazio per un intervento regionale di dettaglio. Ed è proprio circa questi aspetti che l'effettiva possibilità di un intervento legislativo da parte delle Regioni pare dubbia.

Il punto di riferimento per la ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni in materia di salute resta ancora la sentenza n. 282/2002, con la quale la Corte non solo distinse tra la competenza esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni e quella concorrente in materia di tutela della salute, ma definì anche la natura «trasversale» della competenza *ex art. 117, comma secondo, lett. m)*³¹. Sebbene non vi fosse, nemmeno in quell'occasione, una legge statale “di riferimento”, nella pronuncia venne registrata la violazione da parte del legislatore regionale dei principi generali in materia di tutela della salute, che imponevano di tenere in debita considerazione l'autonomia della scienza medica³². Tale ricostruzione ha offerto il fondamento per la definizione, alcuni anni più tardi, del principio del consenso informato (sent. n. 438/2008), infine recepito nella legge n. 219/2017.

In base alla giurisprudenza costituzionale, comunque, in tema di consenso informato, l'intervento regionale non è del tutto precluso, poiché, nei limiti dei principi fondamentali, nulla

³¹ Che trova giustificazione nelle preminenti esigenze di eguaglianza, che impongono di assicurare a *tutte* le persone sull'*intero* territorio nazionale il godimento di prestazioni che costituiscono il contenuto essenziale dei diritti. Corte cost., sent. n. 282/2002, pt. 3 c.i.d.

³² Riprende i contenuti della sentenza, proprio con riguardo alla specifica lettura che la Corte diede al riparto di competenze e al ruolo del legislatore A. IANNUZZI, *Come decide la Corte costituzionale dinanzi a questioni “tecniche”:* materie con rilevanza tecnico-scientifica, in *BioLaw Journal*, 3, 2019, 143.

vieta alle Regioni di dettare «norme di organizzazione e di procedura, o norme concernenti l'uso delle risorse pubbliche in questo campo»³³, anche in assenza di una disciplina statale³⁴.

Per menzionare gli orientamenti più recenti, la tendenza della Corte che sembra potersi registrare consiste in una interpretazione piuttosto estensiva dei principi fondamentali in materia di tutela della salute, spinta spesso sino al punto di includere anche previsioni legislative statali molto dettagliate, e nella censura di ogni intervento regionale che si discosti, anche minimamente, dalla normativa di riferimento³⁵. La ragione di siffatto approccio consiste nella volontà di assicurare un elevato e uniforme livello di qualità dei servizi in tutto il territorio, a tutela del diritto alla salute delle persone. L'effetto collaterale generato è, però, quello di stroncare ogni slancio legislativo delle Regioni senza, peraltro, raggiungere nella sostanza il risultato di restituire agli utenti del SSN una effettiva eguaglianza nell'assistenza sanitaria offerta e prestata.

Quanto riconosciuto dalla Corte come rientrante nella potestà normativa regionale di dettaglio pare, insomma, trovare un difficile terreno applicativo³⁶. Alla luce di questo orientamento ormai consolidato, nell'interpretazione di una materia di competenza concorrente «che ha forse subito uno dei più ampi processi di ricentralizzazione»³⁷, appare difficile ritenere che, qualora una Regione effettivamente approvasse il disegno di legge in materia di assistenza al suicidio, questo supererebbe indenne il vaglio della Corte costituzionale.

Cercando di trarre, sul punto, qualche prima linea conclusiva, così, pare difficile configurare uno spazio di intervento legislativo regionale, pur a livello organizzativo, nella materia del suicidio assistito. Nonostante il colpevole silenzio del legislatore statale e l'individuazione da parte della Corte costituzionale di una serie di principi desunti dal quadro normativo attualmente vigente, la problematica, se non impossibile, scissione tra norme di principio e norme di dettaglio in questo

³³ Corte cost., sent. n. 338/2002, pt. 5.1 c.i.d. e successivamente Corte cost., sent. n. 438/2008.

³⁴ Corte cost., sent. n. 438/2008, pt. 4 c.i.d. Sul punto cfr. anche P.F. BRESCIANI, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita. Uno studio su autonomia regionale e prestazioni sanitarie eticamente sensibili*, in *Corti Supreme e Salute*, 1, 2024, 7.

³⁵ Si vedano, per esempio, Corte cost., sent. n. 112/2023 e n. 38/2020, sui requisiti professionali dei medici per l'accesso ai concorsi. Simile orientamento si può leggere nelle pronunce relative ai requisiti per ottenere l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie private (Corte cost., sent. n. 238/2018, n. 161/2016 e n. 132/2013). Pure i criteri stabiliti dalla legislazione statale per l'organizzazione delle farmacie costituiscono principi fondamentali in materia di tutela della salute (Corte cost., sent. n. 66/2017 e n. 255/2013).

³⁶ Viceversa, la valorizzazione della distinzione tra norme di principio e norme di dettaglio sembra aver incontrato un campo più fertile nel giudizio su leggi statali contenenti disposizioni troppo puntuali, che avevano finito per invadere il (limitato) spazio di autonomia regionale, come rileva D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali*, cit., 7.

³⁷ M. BELLETTI, *Le materie di potestà legislativa concorrente*, in *Osservatorio costituzionale*, 2, 2016, 4.

specifico “scorcio” della materia della tutela della salute, nonché l’oggettiva concorrenza di competenze, anche con materie riservate in via esclusiva allo Stato, rendono arduo pensare di salvaguardare qualche spiraglio per una legge regionale. O, semplicemente, che le iniziative legislative attualmente in discussione in alcune assemblee legislative regionali riescano a superare indenni il controllo di legittimità costituzionale.

A salvare le buone intenzioni delle autonomie territoriali, a parere di chi scrive, non gioverebbe nemmeno la clausola di cedevolezza invertita riportata nelle proposte presentate³⁸. Questa, infatti, si prefigge lo scopo di risolvere *ex ante* le antinomie che potrebbero generarsi a causa del successivo intervento del legislatore statale, a favore di quest’ultimo, determinando una sorta di abrogazione implicita a efficacia differita della disciplina regionale, per rispondere al quesito che ci si poneva *sub* (iv).

Sebbene uno strumento analogo sia già transitato attraverso il vaglio della giurisprudenza costituzionale³⁹, come già si accennava *supra*, il modo in cui, in queste specifiche iniziative regionali, la clausola è stata utilizzata pare indebolire i disegni di legge regionali, anziché rafforzarne la legittimità. Ciò è essenzialmente da addebitare all’eterogeneità dei contenuti delle proposte citate, che non prevedono solamente aspetti di stretta organizzazione sanitaria, ma finiscono per includere anche affermazioni sostanziali che, pur non discostandosi dai principi enunciati nella sentenza della Corte costituzionale, riguardano la natura del diritto ivi riconosciuto.

³⁸ Di diverso avviso P.F. BRESCIANI, *Sull’idea di regionalizzare il fine vita*, cit., 16, secondo il quale la clausola di cedevolezza invertita risulta particolarmente apprezzabile, dal momento che «è solo l’effettivo esercizio del potere del legislatore statale che determina, in concreto, i confini della materia trasversale, fermo restando che, una volta approvate, le norme che di tale competenza sono espressione prevalgono su quelle regionali in contrasto».

³⁹ Di particolare interesse per le questioni qui in discussione è la Corte cost., sent. n. 398/2006, punto 3.1. c.i.d., in cui la Corte ha dichiarato infondato un ricorso dello Stato contro una legge del Friuli-Venezia Giulia che dava attuazione a una direttiva UE, nell’inerzia del Parlamento; il giudice delle leggi, all’epoca, sostenne che l’intervento regionale non è precluso dall’esistenza di una competenza statale trasversale e che, se l’intervento regionale tocca materie concorrenti, è sufficiente che, nonostante il silenzio del legislatore, i principi fondamentali siano desumibili dall’ordinamento. In argomento P.F. BRESCIANI, *Si può regionalizzare il fine vita?*, cit., 130. Sulla cedevolezza invertita cfr. più recentemente Corte cost., sent. n. 1/2019, pt. 4.13. c.i.d. In argomento A. CANDIDO, *Vuoti normativi e strumenti di flessibilità nel sistema delle fonti: le norme regionali cedevoli*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 4, 2021, 1642; S. PARISI, *Ai confini tra gerarchia e competenza: concorso vincolato, cedevolezza e non-applicazione delle norme*, in *Diritto costituzionale*, 1, 2019, 77.

5. Nel silenzio delle Camere, quale spazio alle Regioni?

La ricostruzione sin qui proposta suggerisce di chiedersi se, a fronte dell'inerzia del legislatore statale, sia comunque individuabile qualche spazio di intervento per le Regioni, anche in considerazione di alcune pregresse esperienze su tematiche altrettanto divisive.

Effettivamente, come già si è anticipato, molti sono i “nodi”, soprattutto di carattere organizzativo, che restano insoluti e che, però, necessitano di essere chiariti, per rendere la valutazione delle richieste di suicidio medicalmente assistito e l'accesso alle relative procedure pienamente effettivi. Riprendendo il quesito *sub* (ii), dunque, non si può negare che sussista un margine di manovra, a livello organizzativo, per le Regioni e che esso debba essere definito e chiarito in modo quanto più possibile certo, perché sono le amministrazioni sanitarie a chiederlo, prima ancora che le persone potenzialmente interessate al suicidio medicalmente assistito⁴⁰. Forse, però, non è la fonte legislativa lo strumento più adeguato.

Vale la pena di evidenziare, peraltro, che questo “spazio” necessiterebbe di essere riempito anche qualora il legislatore statale fosse stato diligente e fosse intervenuto, seguendo il monito del giudice delle leggi.

L'organizzazione sanitaria, come già ribadito, resta in capo alle Regioni e, a livello regionale, si suddivide ulteriormente grazie all'autonomia riconosciuta alle singole aziende sanitarie. Tale assunto non consente dunque di ritenere condivisibili le tesi di coloro che escludono la possibilità di un eventuale intervento regionale, sostenendo che esso porterebbe a una regolazione della materia “diversa” sul territorio nazionale⁴¹. L'eguaglianza nell'accesso alla sanità sul territorio nazionale, valore fondativo del Servizio sanitario nazionale, costituisce – come già evidenziato – un principio fondamentale nella tutela della salute e rappresenta il fulcro dell'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni; ciononostante, proprio nell'architettura costituzionale del diritto alla salute e del riparto di competenze, una differenziazione territoriale nelle modalità di garanzia della salute non solo è possibile, ma è anche strutturalmente connaturata al nostro ordinamento.

⁴⁰ Come ha già posto in evidenza anche N. VETTORI, *Amministrazione e Costituzione. A proposito dell'attuazione della sentenza della Corte costituzionale sull'aiuto al suicidio*, cit., 566.

⁴¹ Come sostenuto, per esempio, da L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi*, in *Rivista AIC*, 1, 2024, 385.

Del resto, anche per quanto attiene all'accesso ad altre prestazioni sanitarie "eticamente" complesse e oggetto di leggi statali più o meno controverse, non mancano – anzi, sono dovuti – interventi attuativi regionali, indispensabili a rendere effettivi i diritti riconosciuti nelle leggi statali o a garantirne, semplicemente, le modalità operative a livello territoriale. Si pensi alle delibere regionali, aventi un oggettivo contenuto organizzativo, relative, ad esempio, alle modalità di accesso all'interruzione volontaria di gravidanza, alla riorganizzazione della rete dei consultori familiari (su cui *infra*), alla procreazione medicalmente assistita⁴² o alla rete delle cure palliative⁴³.

Sono tutti casi nei quali il quadro normativo statale trova un ovvio completamento in atti regionali aventi carattere meramente organizzativo, necessari nei territori interessati a dare forma applicativa a quanto stabilito dal legislatore e funzionali alla realizzazione dei diritti. Peraltro, e vale la pena di sottolinearlo, il contenuto organizzativo di tali delibere veicola la garanzia in concreto dei diritti e, talvolta, nelle pieghe delle previsioni organizzative, è possibile scorgere profili sostanziali tutt'altro che secondari. Si pensi, solo per rimanere all'interno degli ambiti qui citati, alla scelta della Regione Emilia-Romagna di prevedere l'offerta di contraccezione gratuita nei servizi consultoriali per i giovani sino ai 26 anni di età⁴⁴.

È inevitabile, ma appartiene alla caleidoscopica realtà del regionalismo italiano, che tale fenomeno crei differenti modalità di accesso alle prestazioni nei diversi ambiti territoriali. Si tratta, tuttavia, di un carattere intrinseco della sanità italiana, che non pare cedevole nel caso specifico dell'assistenza al suicidio.

L'osservazione empirica ci conduce, quindi, a quella che, operativamente, sembrerebbe la soluzione pratica più adeguata a garantire la piena operatività dei principi affermati nella sentenza n. 242/2019. Non attraverso la legge regionale, bensì per mezzo di atti amministrativi, le autonomie territoriali possono intervenire, stabilendo gli snodi organizzativi necessari a garantire l'effettività della disciplina d'accesso al suicidio medicalmente assistito, come ricostruita dalla Corte costituzionale nelle pieghe delle fonti normative esistenti e dei principi costituzionali rilevanti.

⁴² Per esempio, cfr. Regione Emilia-Romagna, DGR n. 1487/2014, *Recepimento del documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome 14/109/CR02/C7SAN del 4/9/2014 in materia di fecondazione eterologa*; analogamente Regione Veneto, DGR n. 1654/2014, *Recepimento del "Documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa a seguito della sentenza della Corte Costituzionale nr. 162/2014" della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome*.

⁴³ Per esempio, Regione Marche, DGR n. 1238/2021, *Rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche*.

⁴⁴ Regione Emilia-Romagna, DGR n. 1722/2017, *Indicazioni operative alle Aziende sanitarie per la preservazione della fertilità e la promozione della salute sessuale, relazionale e riproduttiva degli adolescenti e dei giovani adulti*.

Di certo, il pregio della fonte legislativa consiste nella sua democraticità, assicurata dal procedimento di approvazione e dalla pubblicità dei lavori; cionondimeno, l'atto amministrativo regionale svolge comunque una «funzione regolatoria», che contribuisce più rapidamente a rendere effettiva la libertà riconosciuta dalla Corte, assicurando l'accesso alle prestazioni sanitarie necessarie⁴⁵. A fronte di un non cristallino riparto di competenze in una materia che inevitabilmente intreccia una pluralità di profili, quindi, la delibera sembra meglio soddisfare le esigenze contingenti delle Regioni, in attesa di un auspicato intervento del legislatore statale. E in effetti una di queste, l'Emilia-Romagna, ha già provveduto in tal senso⁴⁶.

Per rispondere, quindi, al quesito che ci si è posti *sub* (iii), ossia se sia più efficace la fonte primaria regionale rispetto all'eventuale (e già sperimentata) possibilità di intervento con un atto amministrativo, l'ago della bilancia propende nettamente verso la seconda alternativa, vieppiù a ragione delle esigenze di natura strettamente organizzativa e procedimentale che le aziende sanitarie concretamente interpellate hanno lamentato e che, almeno in un paio di occasioni, hanno richiesto perfino l'intervento giurisdizionale⁴⁷. Una legge regionale, peraltro, potrebbe non essere da sola sufficiente, richiedendo comunque una delibera attuativa.

Nulla quaestio, quindi, sulla legittimità di un provvedimento di tal genere, dal momento che si tratta di atti con i quali le Regioni normalmente organizzano la sanità nei propri territori. Il requisito fondamentale da rispettare è quello di muoversi rigorosamente entro il perimetro tracciato dalla legge e non fuoriuscirne, pena l'illegittimità delle previsioni in questione.

Come forse si ricorderà, fu proprio ciò che avvenne alcuni anni fa in Lombardia, in occasione dell'adozione di una delibera riguardante l'organizzazione dei servizi per le interruzioni volontarie di gravidanza⁴⁸. In quel caso, la Regione aveva travalicato i limiti posti dalla legge dello Stato, prevedendo un requisito sostanziale diverso per l'accesso all'aborto terapeutico. Come correttamente evidenziato all'epoca dal Tar, la Regione aveva interferito con lo spazio spettante del

⁴⁵ In questi termini anche C. CARUSO, *Al servizio dell'unità. Perché le Regioni possono disciplinare (con limiti) l'aiuto al suicidio*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, in corso di pubblicazione.

⁴⁶ Ci si riferisce alle già citate DGR n. 194/2024 ha istituito il COREC e Determinazione del Direttore generale Cura della persona, salute e welfare n. 2596/2024, recante le *Istruzioni tecnico-operative*.

⁴⁷ Si vedano le pronunce del Tribunale di Ancora citate *supra*, oppure Tribunale di Trieste, ordinanza 4/07/2023, reperibile nel sito dell'Associazione Coscioni.

⁴⁸ Regione Lombardia, Decreto D.G. Sanità 327/2008, *Atto di indirizzo per l'attuazione della legge 22 maggio 1978 n. 194* e la deliberazione di Giunta n. VIII/006454 del 22/01/2008. Il provvedimento è stato oggetto della sentenza del Tar Lombardia, sez. III, n. 7735/2010. In argomento cfr. F. BIONDI, *L'interruzione di gravidanza fra Stato e Regioni in una decisione del giudice amministrativo*, in *Quaderni costituzionali*, 2, 2011, 412.

legislatore, il quale aveva volutamente lasciato la clausola temporale “aperta” al libero apprezzamento del medico⁴⁹.

All’interno della cornice normativa, l’intervento organizzativo regionale può rendersi necessario, per chiarire la portata delle clausole generali previste dal legislatore, ma non può superare o modificare la *ratio*, le finalità e i contenuti delle disposizioni legislative. Si tratta di quanto, per esempio, stabilito dal giudice amministrativo circa la previsione, all’interno di un decreto di riordino dei consultori familiari regionali, dell’irrelevanza dell’obiezione di coscienza all’interruzione volontaria di gravidanza sollevata dai medici operanti in tali strutture⁵⁰.

Non sono nemmeno anomale le delibere regionali che definiscono i criteri e le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie sul territorio regionale, entro una cornice definita a livello statale, come nel caso delle previsioni sull’assistenza sanitaria agli stranieri. Pure in questo settore, il rilevante quadro normativo è stabilito dalla legge statale, in virtù della competenza esclusiva in materia di immigrazione e di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, ma esso va necessariamente declinato in ragione della specificità dei servizi sanitari regionali⁵¹. Si tratta di strumenti di raccordo indispensabili per le amministrazioni sanitarie, a motivo della natura regionalistica dell’organizzazione sanitaria italiana.

L’atto recentemente adottato dalla Regione Emilia-Romagna⁵² (e sul quale pende un ricorso del Governo) parrebbe, allo stato dell’arte, offrire le indicazioni operative necessarie per la gestione delle richieste, assicurando il rispetto delle condizioni stabilite dalla Corte costituzionale e l’esigibilità del diritto. La delibera istituisce il Comitato Regionale per l’Etica nella Clinica (COREC), cui spetta il parere previsto dalla sentenza n. 242/2019; la collegata determinazione,

⁴⁹ Sulla vicenda delle linee guida lombarde cfr. L. BUFFONI, *Il giudice amministrativo e il biodiritto: “soggettività” della giurisdizione e “sovranità” del corpo*, in P. BONETTI, A. CASSATELLA, F. CORTESE, A. DEFFENU, A. GUAZZAROTTI (a cura di), *Giudice Amministrativo e diritti costituzionali*, Torino, 2012, 504 ss.

⁵⁰ Decreto n. 152/2014, *Rete per la Salute della Donna, della Coppia e del Bambino: ridefinizione e riordino delle funzioni e delle attività dei Consultori Familiari regionali*, su cui è intervenuto il Tar Lazio, sez. III quater, sent. n. 8990/2016, confermando che la Regione si era mossa all’interno del perimetro tracciato dalle leggi. In argomento, *inter multis*, v. A. PIOGGIA, *L’obiezione di coscienza nei consultori pubblici*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, 1, 2015, 121 ss.

⁵¹ Si pensi, ad esempio, alla delibera della Giunta regionale Veneto n. 753/2019, che stabilisce le Linee guida in materia di assistenza sanitaria ai cittadini appartenenti all’Unione Europea e ai cittadini extracomunitari, la quale dovrebbe recepire i contenuti dell’Accordo sottoscritto nel 2012 in sede di conferenza Stato-Regioni, *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome*.

⁵² Si tratta della già citata DGR n.194/2024 e della Determinazione n. 2596/2024, cui è seguita la DGR n. 333/2024, *Integrazioni alla delibera di Giunta regionale n. 194/2024*.

invece, contiene le istruzioni tecnico operative per la verifica dei requisiti clinici, attribuiti alle Commissioni di valutazione di Area Vasta, di cui si indica la composizione

Tale soluzione, a ben vedere, ha una finalità unificante sul territorio di competenza⁵³: prevedendo una procedura operativa regionale uniforme, si contraddicono, almeno in parte, le critiche in base alle quali l'intervento regionale avrebbe l'effetto di diversificare eccessivamente a livello territoriale l'accesso al suicidio medicalmente assistito, parcellizzandolo in una maniera tale da tradire il principio di eguaglianza. Diversamente, infatti, nel perdurante silenzio del legislatore, la gestione in concreto dei casi sarebbe (come in effetti avviene oggi) lasciata alla "solitudine" delle singole aziende sanitarie, senza alcuna garanzia di uniformità. L'atto amministrativo regionale ha il pregio di orientare l'amministrazione sanitaria, riducendo il rischio di una pluralità di strategie operative profondamente diverse tra territori anche molto vicini: un intervento, quindi, in linea con lo spazio di autonomia organizzativa dei servizi sanitari, rispetto al quale un intervento regionale non solo è opportuno, ma addirittura dovuto⁵⁴.

6. Conclusioni: diritti contesi e autonomie territoriali

Le recenti iniziative legislative regionali in materia di assistenza medica al suicidio intersecano molteplici tematiche del dibattito costituzionalistico attuale e le arricchiscono di profili sinora inediti. Dinanzi a un legislatore lungamente inadempiente, è ammissibile una legge regionale non suppletiva, ma semplicemente limitata a chiarire i meri profili attuativi che la pronuncia della Corte costituzionale lascia aperti? La risposta, come si è cercato di argomentare, non pare così netta, poiché l'esercizio in concreto da parte delle Regioni della potestà concorrente nella tutela della salute appare difficilmente realizzabile, senza incorrere in vizi di legittimità costituzionale.

Perciò, nel caso in cui una delle proposte di legge venisse effettivamente approvata, non sarebbe inverosimile attendersi un'impugnazione da parte dello Stato che, peraltro, ha già dimostrato la

⁵³ Sostiene questa tesi anche C. CARUSO, *Al servizio dell'unità. Perché le Regioni possono disciplinare (con limiti) l'aiuto al suicidio*, cit.

⁵⁴ Si ricordi, a riguardo, che fu il Ministero della Salute, con nota del novembre 2021, a sollecitare le Regioni a individuare i comitati etici territorialmente competenti, profilo che l'economia generale del presente scritto non consente di approfondire ulteriormente e sul quale sia consentito rinviare a L. BUSATTA, *Comitati etici e assistenza al suicidio: la posizione del Comitato Nazionale per la Bioetica*, in *Responsabilità Medica. Diritto e pratica clinica*, 3, 2023, 289.

propria contrarietà alle iniziative regionali, presentando un ricorso contro la delibera adottata in Emilia-Romagna. Cosa potrebbe attendersi, in questa circostanza, dalla Corte costituzionale? La risposta, sulla scorta della giurisprudenza costituzionale esaminata, non pare a favore delle autonomie territoriali, sebbene – e vale la pena di ribadirlo – la situazione in cui ci troviamo rappresenti un inedito, a motivo della sentenza n. 242/2019 che, di fatto, introduce la disciplina della materia, che la Regione dichiara di voler semplicemente completare con norme di dettaglio. Qualche margine di salvezza per le Regioni potrebbe forse trovarsi nelle modalità di scrittura dell'atto normativo, da ritagliarsi maggiormente sui profili strettamente organizzativi del procedimento da seguire⁵⁵.

In ogni caso, nonostante gli ampi margini per una declaratoria di incostituzionalità, non ci si sente di stigmatizzare un'eventuale approvazione di un testo normativo regionale in materia, che potrebbe svolgere una importante funzione catalizzatrice del dibattito. Con ciò si intende sostenere che l'approvazione di una legge regionale sul punto varrebbe a dimostrare l'esistenza di una volontà politica (pur territoriale) a regolare la materia, riattiverebbe le discussioni, potrebbe offrire al giudice delle leggi l'occasione per ribadire il monito nei confronti del legislatore statale e (forse) anche per aggiungere qualche elemento ai molti già desumibili dalla sentenza n. 242/2019.

Da questo punto di vista, si potrebbe obiettare che uno strumento propulsivo nei confronti dell'attività legislativa è già previsto in Costituzione e consiste nel potere di iniziativa legislativa spettante a cinque consigli regionali⁵⁶. La forza "politica" di tale strumento è, però, assai limitata, dal momento che non esistono garanzie concrete di discussione del progetto di legge, dopo la sua presentazione. A livello politico, invece, si potrebbe sostenere che diversa forza persuasiva può essere giocata da una pluralità di disegni di leggi regionali contestualmente in discussione nei relativi Consigli e dalla (eventuale) approvazione di uno (o più) di essi.

Un ulteriore percorso, che non pare per ora essere stato intrapreso, potrebbe essere quello dell'attivazione degli strumenti per agevolare il dialogo tra lo Stato e le autonomie territoriali. Ad esempio, un accordo adottato dalla Conferenza Stato-Regioni favorirebbe approcci organizzativi regionali uniformi e non sarebbe eccentrico rispetto ad altre esperienze simili già sperimentate in

⁵⁵ Il raffronto tra le due successive versioni del progetto di legge regionale prese in esame dimostrano, in effetti, la volontà dei proponenti di perfezionare progressivamente l'articolato normativo, in modo da superare almeno alcuni vizi.

⁵⁶ Come sostiene anche L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi*, cit.

passato⁵⁷. Tale strumento consentirebbe, senza grossi dubbi di legittimità, di affrontare e risolvere pure le questioni “grigie” lasciate dalla sentenza, fra le quali una delle più significative pare quella della garanzia della gratuità delle prestazioni e, nello specifico, del farmaco.

Giungendo, ora, a concludere definitivamente sul punto, la soluzione operativa ad oggi più sostenibile per offrire un quadro giuridico attuativo del pronunciamento della Corte costituzionale sul suicidio assistito pare quella della Delibera della Giunta regionale, che non sembra dare adito a grossi dubbi di legittimità, a motivo dell’esercizio di una oggettiva attività organizzativa in ambito sanitario.

Se si placassero i venti delle prese di posizione ideologiche che rendono impossibile ogni dibattito costruttivo (non solo) su questa tematica, sarebbe auspicabile valorizzare le forme di regionalismo cooperativo cui si è fatto riferimento, giovandosi anche dell’effetto imitativo che buone soluzioni adottate da una Regione potrebbero ingenerare. Ciò favorirebbe la circolazione di un modello, spingendo verso un progressivo “riempimento” su base regionale degli spazi operativi non colmati dalla sentenza costituzionale, in attesa di giungere ad un livello di condivisione e consenso politici sufficiente a consentire l’approvazione di una legge statale equilibrata e pienamente rispettosa del pluralismo che tematiche così delicate impongono. Le Regioni eserciterebbero così un’importante funzione propulsiva, facendo leva sugli strumenti ad esse costituzionalmente attribuiti.

⁵⁷ Come nel caso del già citato Accordo del 2012 sull’assistenza sanitaria agli stranieri o con l’Accordo del 2014 sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa a seguito della sentenza della Corte costituzionale nr. 162/2014 (14/109/CR02/C7SAN).