

# Sull'idea di regionalizzare il fine vita. Uno studio su autonomia regionale e prestazioni sanitarie eticamente sensibili\*

Pier Francesco Bresciani\*\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione. – 2. Cenni su contesto, struttura e contenuti della proposta di legge regionale per attuare la sent. n. 242 del 2019. – 3. La “tutela della salute” come base giuridica di un intervento regionale in materia di fine vita. – 3.1. Il carattere necessariamente organizzativo-procedimentale delle norme regionali. – 3.2. L'assenza di una legislazione statale di principio, l'autoapplicatività della sent. n. 242 del 2019 e la sua autosufficienza. – 4. *Segue:* I limiti derivanti da altre competenze statali. – 4.1. Diritti fondamentali, ordinamento civile e LEP. – 4.2. Spesa sanitaria non obbligatoria e coordinamento della finanza pubblica. – 5. Possibili effetti sistemici della regionalizzazione del fine vita. – 6. Conclusioni.

## ABSTRACT:

Il saggio affronta, a partire dall'analisi di una proposta di legge regionale per l'attuazione della sent. n. 242 del 2019 sull'aiuto al suicidio medicalmente assistito, le questioni costituzionali connesse alla regionalizzazione delle prestazioni sanitarie eticamente sensibili. L'Autore esamina il fondamento e i limiti costituzionali del potere delle Regioni di dettare anche in questi ambiti norme di carattere organizzativo-procedurale. Il saggio mette inoltre in luce come l'insieme di limiti derivabili dall'ordinamento giuridico statale possa, nel contesto italiano, far sì che il riconoscimento di un'effettiva autonomia regionale in materia rimanga sempre orientato al rafforzamento dei diritti connessi alle prestazioni. Su un piano più generale, peraltro, tale riconoscimento potrebbe altresì contribuire a rinforzare la natura politica dell'ente regionale, da lungo tempo interessato da processi di amministratorivizzazione.

*The essay analyses a regional legislative proposal for the implementation of Constitutional Court Judgement No. 242 of 2019 on assisted suicide and addresses the constitutional issues related to the regionalization of ethically sensitive healthcare services. The Author examines the constitutional*

---

\* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

\*\* Assegnista di ricerca in Diritto Costituzionale nell'Università di Bologna, pierfrancesco.bresciani@unibo.it.

*foundations of Regions' authority to establish organizational and procedural regulations in these domains. In so doing, regional laws must respect fundamental principles deriving from the national legal framework and other State legislative competencies. This broad set of limitations ensures that, within the Italian context, the recognition of a significant regional autonomy, even in sensitive matters like these, cannot be used to disrupt the rights associated with healthcare services. Moreover, on a broader level, this recognition could also help enhance the political nature of regional governments, countering a longstanding trend towards depoliticization.*

## 1. Introduzione

Il difficile cammino dei diritti di fine vita in Italia potrebbe proseguire attraverso il diritto regionale.

Finora la lotta per la legalizzazione dell'eutanasia è stata notoriamente condotta con due strumenti tra i più legati alla tradizione politica radicale<sup>1</sup>: la disobbedienza civile al divieto di aiuto al suicidio, che ha portato alla dichiarazione di incostituzionalità dell'art. 580 cod. pen. in relazione ai casi di malati irreversibili, sofferenti, non autonomi, ma capaci di prendere decisioni libere e consapevoli<sup>2</sup>; e il tentativo di promuovere un referendum abrogativo sull'art. 579 cod. pen. con lo scopo di depenalizzare parzialmente anche l'omicidio del consenziente, dichiarato, tuttavia, inammissibile dalla Corte costituzionale<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Cfr. P. IGNAZI, *I partiti in Italia dal 1945 al 2018*, Bologna, Il Mulino, 2018, p. 171.

<sup>2</sup> Per alcuni riferimenti essenziali nella vastissima letteratura costituzionalistica sulla sent. n. 242 del 2019 v., con diversità di posizioni, almeno U. ADAMO, *La Corte costituzionale apre (ma non troppo) al suicidio medicalmente assistito mediante una inedita doppia pronuncia*, in *Biolaw journal*, 2020, n. 1, pp. 27-64; G. D'ALESSANDRO, *Su taluni profili problematici della sentenza n. 242/2019 sul caso "Cappato-Antoniani"*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2019, n. 6, pp. 3011-3018; M. D'AMICO, *Il "fine vita" davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019)*, in *Osservatorio AIC*, 2020, n. 1, pp. 286-302; F. RIMOLI, *Suicidio assistito, autodeterminazione del malato e tutela dei più deboli: la Corte trova un difficile equilibrio*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2019, n. 6, pp. 2991-3011; 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*, 2020, n. 1, pp. 618-638; 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*, 2019, n. 3, pp. 633-650; C. TRIPODINA, *La "circoscritta area" di non punibilità dell'aiuto al suicidio. Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, in *Corti supreme e salute*, 2019, n. 2, pp. 217-233.

<sup>3</sup> Sul referendum sull'art. 579 cod. pen. v. in generale A. MORRONE, *La Repubblica dei referendum. Una storia costituzionale e politica (1946-2022)*, Bologna, 2022, pp. 499 ss. Per un'analisi plurale del quesito referendario, v. G. BRUNELLI, A. PUGIOTTO, P. VERONESI (a cura di), *La via referendaria al fine vita. Ammissibilità e normativa di risulta del quesito sull'art. 579 c.p. Atti del seminario di Ferrara, 26 novembre 2021*, in *Forum di Quaderni costituzionali Rassegna*, 2022, n. 1. Sulla sent. n. 50 del 2022, che ha dichiarato inammissibile il referendum, v., con diversità di posizioni, F. MEDICO, *La Corte costituzionale disattiva il «plusvalore democratico» del referendum. Riflessioni a partire dall'ultima tornata referendaria*, in *Quaderni costituzionali*, 2022, n. 3, pp. 529 ss.; A. PUGIOTTO, *Eutanasia referendaria. Dall'ammissibilità del quesito all'incostituzionalità dei suoi effetti: metodo e merito nella sent. n. 50/2022*, in *Rivista AIC*, 2022, n. 2, pp. 83-100; A. RUGGERI, *Autodeterminazione versus vita, a proposito della disciplina penale dell'omicidio del consenziente e della sua giusta sottrazione ad abrogazione popolare parziale (traendo spunto da Corte cost. n. 50 del 2022)*, in *Dirittifondamentali.it*, 2022, n. 1, pp. 464-485; C. TRIPODINA, *Sostiene ora la Corte che la libertà di autodeterminazione di morire "non può mai prevalere incondizionatamente" sulla tutela della vita*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2022, n. 2, pp. 630-649.

Più di recente, l'Associazione Luca Coscioni, che è stata sin dall'inizio l'attrice politico-sociale principale di queste vicende, ha aperto un terzo fronte di lotta avviando una campagna per l'approvazione di leggi regionali in materia di fine vita. Lo scopo dell'iniziativa, sintetizzato nel suo nome, "Liberi Subito", è quello di facilitare l'applicazione della sent. n. 242 del 2019 fornendo – nell'inottemperanza del Parlamento al monito in essa contenuto – una base legislativa regionale per l'azione delle amministrazioni sanitarie nei casi di aiuto al suicidio già legalizzati dalla Corte costituzionale<sup>4</sup>.

Questo studio analizza l'idea di "regionalizzare" il fine vita nella prospettiva del diritto costituzionale. In particolare, proverò a valutare se un intervento regionale in materia di suicidio medicalmente assistito possa ritenersi compatibile con il riparto positivo delle competenze legislative e quali limiti esso dovrebbe comunque rispettare. A questi quesiti sono difatti giunte, per ora, risposte istituzionali divergenti: da un lato, la proposta di legge regionale è stata giudicata ammissibile dalla Consulta di garanzia statutaria della Regione E-R<sup>5</sup> e, successivamente, seppur con delibere non pubblicate, anche da analoghi organi di garanzia regionali in Abruzzo, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia e Veneto; dall'altro, l'Avvocatura dello Stato ha affermato, in un parere richiesto da alcuni Consigli regionali, che una legge sul fine vita non rientrerebbe nelle competenze regionali in quanto necessariamente incidente nelle materie di competenza esclusiva statale "ordinamento civile" e "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale"<sup>6</sup>.

In questo scritto sosterrò la tesi che esiste, in realtà, uno spazio per un intervento legislativo regionale in materia di fine vita<sup>7</sup>. Dopo aver argomentato perché, cercherò quindi di discutere anche le possibili conseguenze ordinamentali del riconoscimento di un margine di autonomia regionale in una materia riguardante prestazioni sanitarie eticamente sensibili. Anche se forse controintuitivamente, per le ragioni che proverò a illustrare, il riconoscimento dell'ammissibilità di interventi dei legislatori regionali non comporta, nel contesto italiano, alcun reale rischio di frammentazione del diritto di accedere alle prestazioni sanitarie eticamente sensibili, ma può solo contribuire a elevarne gli standard di godimento.

<sup>4</sup> Così nella relazione illustrativa delle proposte di legge regionale di iniziativa popolare (o comunale) depositate, con minime variazioni testuali, in diverse Regioni. I testi e lo stato dei procedimenti legislativi sono riportati sul sito <https://liberisubito.it/> (consultato a febbraio 2024).

<sup>5</sup> Cons. gar. stat. E-R, delibera n. 12 del 2023 (consultabile su <https://www.assemblea.emr.it/garanti-1/consulta-di-garanzia-statutaria>).

<sup>6</sup> Il parere dell'Avvocatura è consultabile ad es. su <https://www.ilpost.it/wp-content/uploads/2024/01/16/1705404665-Pdl-217-Parere-Avvocatura.pdf> (consultato a febbraio 2024). Per la discussione del parere nel merito v. *infra* par. 4.

<sup>7</sup> *Contra* 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 *La Rivista "Gruppo di Pisa"*, 2023, n. 1, pp. 93-120, nonché 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*, 2024, n. 1, pp. 72 ss., su cui tornerò in varie parti nel prosieguo.

Per condurre quest'analisi partirò dall'esame della proposta di legge regionale di iniziativa popolare dell'Associazione Coscioni e dal contesto normativo entro cui essa si colloca (paragrafo 2). Ricostruirò quindi il fondamento e i limiti della competenza regionale in forza della quale una legge di questo tipo potrebbe essere approvata (paragrafi 3 e 4). Estenderò infine il ragionamento, più in generale, a tutte le prestazioni sanitarie eticamente sensibili per verificare la portata delle conseguenze sistemiche dell'idea della "regionalizzazione" del fine vita e, in ultima analisi, la tenuta dei principi di uguaglianza, tutela dei diritti e unità della Repubblica al riconoscimento di un'effettiva autonomia regionale anche in queste delicate materie (paragrafo 5).

## 2. Cenni su contesto, struttura e contenuti della proposta di legge regionale per attuare la sent. n. 242 del 2019

La proposta di legge regionale dell'Associazione Coscioni arriva dopo alcuni anni dalla sent. n. 242 del 2019, nel corso dei quali l'applicazione della decisione della Corte costituzionale ha più volte richiesto l'interposizione della giurisprudenza comune.

Dopo una prima pronuncia di segno contrario<sup>8</sup>, l'orientamento su cui si sono attestati i giudici di merito è che la sent. n. 242 – pur contenendo un «auspicio che la materia sia oggetto di sollecita e compiuta disciplina da parte del legislatore»<sup>9</sup> – possa essere direttamente applicata e fondi, anche in assenza dell'intervento legislativo, un dovere giustiziabile per le amministrazioni sanitarie di verificare la sussistenza delle condizioni che legittimano il suicidio medicalmente assistito e di stabilire le modalità di esecuzione più adeguate (tra cui la scelta del farmaco letale)<sup>10</sup>. Finora nessun provvedimento giudiziario ha invece ordinato all'amministrazione di procurare il farmaco e di procedere ad assistere il malato nell'auto-

<sup>8</sup> Cfr. Trib. Ancona, ord. 26 marzo 2021 in cui si affermava inizialmente che: «Egli ha quindi chiesto che l'Azienda sanitaria proceda a verificare la sua effettiva volontà secondo le modalità previste dalla L. 219/2017 [...] Risulta tuttavia opportuno rammentare che, ai sensi dell'art. 136 della Costituzione, tale effetto riguarda soltanto la disposizione di cui la Corte abbia dichiarato l'illegittimità Costituzionale [...] Non sussistono quindi motivi per ritenere che, individuando le ipotesi in cui l'aiuto al suicidio può oggi ritenersi penalmente lecito, la Corte abbia fondato anche il diritto del paziente, ove ricorrano tali ipotesi, ad ottenere la collaborazione dei sanitari nell'attuare la sua decisione di porre fine alla propria esistenza».

<sup>9</sup> Corte cost., sent. n. 242 del 2019, cons. dir. 9.

<sup>10</sup> Cfr. Trib. Ancona, ord. 9 giugno 2021 pronunciata su reclamo dell'ord. 26 marzo 2021 riformata nel senso di riconoscere al ricorrente «il diritto di pretendere dall'azienda sanitaria): a) l'accertamento, con riferimento al caso di specie, della sussistenza dei presupposti richiamati nella sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale, ai fini della non punibilità di un "aiuto al suicidio" praticato in suo favore da un soggetto terzo; b) la verifica sull'effettiva idoneità ed efficacia delle modalità, della metodica e del farmaco [...] prescelti dall'istante per assicurarsi la morte più rapida, indolore e dignitosa possibile» e successivamente, nello stesso senso, anche Trib. Fermo, ord. 31 dicembre 2022 e Trib. Trieste, ord. 4 luglio 2023. In dottrina v. E. FALLETTI, *L'accertamento dei presupposti del suicidio assistito di fronte ai giudici di merito*, in *Giurisprudenza italiana*, 2022, n. 1, pp. 68 ss.

somministrazione, sebbene alcune amministrazioni sanitarie abbiano già autonomamente svolto anche queste attività, ritenendole doverose in base alla sentenza costituzionale<sup>11</sup>.

In questo contesto e nella perdurante assenza di una legislazione statale, la proposta di legge regionale dell'Associazione Coscioni mira a definire le prestazioni che le amministrazioni sanitarie devono erogare, nonché le procedure e i tempi da osservare in caso di richiesta di suicidio medicalmente assistito.

Pur con alcune diversità di formulazione nei testi depositati presso i Consigli regionali, la proposta prevede in generale: 1) il dovere dell'amministrazione sanitaria regionale di erogare "prestazioni e trattamenti clinicamente adeguati" a chi richieda l'aiuto al suicidio e sia in possesso dei requisiti definiti dalla sent. n. 242 del 2019 e, in particolare, di verificare la sussistenza delle condizioni legittimanti, di procurare il farmaco e di fornire la necessaria assistenza sanitaria nel momento dell'autosomministrazione; 2) la costituzione di una commissione medica multidisciplinare, a composizione variabile a seconda delle circostanze del singolo caso, competente ad accertare la sussistenza delle condizioni e l'adeguatezza delle modalità di esecuzione; 3) la definizione di una scansione procedimentale per le verifiche e l'esecuzione, con il coinvolgimento anche dei comitati etici, da concludere entro un termine di circa 30 giorni; 4) e, infine, la gratuità della prestazione, da porre a carico del servizio sanitario.

Ai fini dell'analisi che intendo svolgere, due aspetti della proposta risultano particolarmente rilevanti.

Il primo è che, accanto a questo "nucleo duro" di norme di carattere prettamente organizzativo-procedimentale, la proposta contiene anche alcune disposizioni dal tenore più generale riferibili alla natura del diritto riconosciuto dalla Corte costituzionale e alle facoltà a esso inerenti. È affermato, ad esempio, che «il diritto all'erogazione dei trattamenti disciplinati dalla presente legge è individuale e inviolabile e non può essere limitato, condizionato o assoggettato ad altre forme di controllo al di fuori di quanto ivi previsto» o, ancora, che «la persona in possesso dei requisiti autorizzata ad accedere al suicidio medicalmente assistito può decidere in ogni momento di sospendere, posticipare o annullare l'erogazio-

<sup>11</sup> Così è avvenuto, ad es., in Veneto su cui v. *Fine vita. È morta in Veneto "Gloria"*, in *quotidianosanità.it*, 24 luglio 2023, accessibile all'indirizzo [https://www.quotidianosanità.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=115766](https://www.quotidianosanità.it/cronache/articolo.php?articolo_id=115766) (consultato a febbraio 2024) nonché in Friuli-Venezia Giulia, dove oltre a procurare il farmaco il SSN ha prestato anche l'assistenza sanitaria successiva (v. *Fine vita. Primo caso di suicidio assistito in Italia. "Anna" è la prima persona morta con l'assistenza completa del Ssn*, in *quotidianosanità.it*, 12 dicembre 2023, accessibile all'indirizzo [https://www.quotidianosanità.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=118993](https://www.quotidianosanità.it/cronache/articolo.php?articolo_id=118993), consultato a febbraio 2024). Questa è peraltro anche l'interpretazione sostenuta da alcuni atti informali del Ministero della Salute risalenti al periodo 2021-2022 in cui si ribadiva alle Regioni che «è da garantire che siano a carico del SSN le spese mediche necessarie per consentire, al termine della procedura di verifica affidata alle strutture del SSN, il ricorso al suicidio medicalmente assistito ai pazienti che ne facciano richiesta» (su questi atti ministeriali informali, i cui testi sono parzialmente riportati nella relazione illustrativa delle proposte di legge regionale ma non verificabili altrove sul web, cfr. però anche 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 *La Rivista "Gruppo di Pisa"*, 2023, n. 1, pp. 101-103).

ne del trattamento». Nel resto dello studio, mi riferirò a queste parti della proposta di legge regionale come *norme non aventi natura solo organizzativo-procedimentale*.

Il secondo aspetto rilevante è la presenza di clausole di “cedevolezza invertita” a salvaguardia delle competenze statali<sup>12</sup>. In particolare, la proposta prevede che l’accesso al suicidio assistito sia garantito, alle condizioni stabilite dalla Corte costituzionale, solo fino all’entrata in vigore di una disciplina statale in materia<sup>13</sup> e che, quanto al procedimento, «le strutture sanitarie pubbliche della Regione conformano i procedimenti disciplinati dalla presente legge alla disciplina statale, anche sopravvenuta»<sup>14</sup>. Queste clausole presuppongono che, prima o poi, il Parlamento ottempererà al monito contenuto nella sent. n. 242 del 2019 e, pertanto, introducono meccanismi di risoluzione automatica di una possibile futura antinomia tra legge statale e legge regionale a vantaggio della prima. Al riguardo, la Corte costituzionale ha chiarito che simili clausole – pur non potendo legittimare la Regione a violare transitoriamente il riparto stabilito dall’art. 117 Cost.<sup>15</sup> – possono considerarsi indici della volontà del legislatore regionale di non eccedere le proprie attribuzioni in casi in cui la legge regionale attenga a competenze concorrenti o residuali, la cui ampiezza può dipendere, in concreto, dall’esercizio di competenze statali (concorrenti o trasversali)<sup>16</sup>. Come cercherò di argomentare, proprio questo sembra essere il caso anche per la materia del fine vita.

<sup>12</sup> La relazione illustrativa fa espresso riferimento alla “logica della cedevolezza invertita” sia, in generale, come logica giustificante l’intervento regionale in attesa della disciplina statale sia, in particolare, per descrivere la natura delle norme dettate in punto di condizioni di accesso e di procedimento. Sulla cedevolezza delle norme regionali come meccanismo di gestione della complessità del sistema italiano delle fonti in dottrina v. A. CANDIDO, *Vuoti normativi e strumenti di flessibilità nel sistema delle fonti: le norme regionali cedevoli*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2021, n. 4, 1642-1651; G. DI COSIMO, *Norme cedevoli: un genere, due specie*, in *Le Regioni*, 2007, n. 1, pp. 168-171; P. MAZZINA, *La Corte costituzionale ritorna sulla “cedevolezza invertita” della normativa regionale... per censurarla*, in *Gazzetta Amministrativa*, 2011, n. 3, pp. 85-89; per uno studio più in generale sul concetto di cedevolezza v. da ult. S. PARISI, *Ai confini tra gerarchia e competenza: concorso vincolato, cedevolezza e non-applicazione delle norme*, in *Diritto costituzionale*, 2019, n. 1, pp. 77-103.

<sup>13</sup> Ad es., l’art. 1 del testo depositato nella Regione Emilia-Romagna prevede che: «1. L’assistenza sanitaria, consistente in prestazioni e trattamenti clinicamente adeguati, è assicurata a persone malate che ne facciano richiesta e siano in possesso dei requisiti previsti dalla rilevante disciplina statale. / 2. Fino all’entrata in vigore della disciplina statale di cui al comma 1, la Regione Emilia Romagna garantisce comunque l’assistenza sanitaria alle persone malate che ne facciano richiesta e siano in possesso dei requisiti stabiliti dalla sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale».

<sup>14</sup> Così sempre nell’art. 3, comma 7 del testo depositato nella Regione Emilia-Romagna, ma clausole analoghe sono previste anche negli altri testi.

<sup>15</sup> *Cfr.*, da ult., Corte cost., sent. n. 1 del 2019, cons. dir. 1.4.3, in cui si afferma che «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».

<sup>16</sup> V. Corte cost., sent. n. 398 del 2006, cons. dir. 4.4 che ha ritenuto legittima l’attuazione con legge regionale di una direttiva UE in materia ambientale, inattuata dal legislatore statale, valorizzando la presenza di clausole di “cedevolezza invertita” e costruendo l’argomento in questo modo: «La “trasversalità” della materia ‘tutela dell’ambiente’ emerge, con particolare evidenza, con riguardo alla valutazione ambientale strategica, che abbraccia anche settori di sicura competenza regionale. Posto ciò, dall’esame del Capo I della legge impugnata non vengono in rilievo norme destinate ad incidere in campi di disciplina riservati allo Stato. A questa conclusione contribuiscono anche due clausole – contenute nei sopra ricordati artt. 2 e 12 – in base alle quali la legislazione regionale si adegua ai principi e criteri generali della legislazione statale anche successiva, mentre, nell’ipotesi di norme regionali in contrasto, le stesse vengono automati-



### 3. La “tutela della salute” come base giuridica di un intervento regionale in materia di fine vita

In linea di principio, come sostenuto anche dalla Consulta di garanzia statutaria dell'E-R<sup>17</sup>, il titolo competenziale in forza del quale una Regione potrebbe adottare una legge come quella appena descritta è la “tutela della salute” (art. 117, comma 3 Cost.)<sup>18</sup>. La stessa Corte costituzionale, nella sent. n. 242 del 2019, ha difatti ricondotto espressamente l'aiuto al suicidio medicalmente assistito a questa sfera definendolo una “terapia”<sup>19</sup> e, comunque, una “procedura medicalizzata”<sup>20</sup>.

L'operatività di tale base giuridica, tuttavia, è subordinata al rispetto, da parte della Regione, della riserva di determinazione dei principi fondamentali posta dalla Costituzione in favore dello Stato. Per essere ammissibile, pertanto, una legge regionale non solo deve limitarsi a dettare una normativa di dettaglio, ma deve anche, nella sostanza, evitare di compiere, attraverso norme formalmente di dettaglio, scelte di principio riservate allo Stato.

Al fine di verificare l'esatta portata di questi limiti interni alla competenza regionale in materia di “tutela della salute” esaminerò, in primo luogo, la giurisprudenza costituzionale sul riparto di competenze per individuare che tipo di norme sono considerate di dettaglio dal diritto vivente e, dunque, di tendenziale spettanza regionale (paragrafo 3.1). In secondo luogo, affronterò il tema della portata della riserva di legge statale sui principi fondamentali in riferimento alla specifica materia del fine vita, valutando, in particolare, se siano già rinvenibili nell'ordinamento giuridico punti di riferimento sufficienti a evitare che una qualsiasi normativa regionale di dettaglio in questa materia finisca per invadere le competenze statali definendo indebitamente, anche se solo implicitamente, dei principi fondamentali (paragrafo 3.2).

---

camente sostituite, nell'applicazione concreta, dalle norme statali, sino a quando la Regione non provveda ad emanare leggi di adeguamento. / In definitiva, la Regione, tramite il Capo I della legge impugnata, da una parte, circoscrive l'attuazione da essa data alla direttiva 2001/42/CE alle sole materie di propria competenza, e, dall'altra, si impegna a rispettare i principi e criteri generali della legislazione statale e ad adeguare progressivamente a questi ultimi la propria normativa». Questo caso, peraltro, appare analogo a quello del fine vita anche sotto il profilo dell'esistenza di un obbligo giuridico di legiferare rispetto al quale lo Stato è inadempiente (discendente lì dalla direttiva UE, qui dalla sent. n. 242 del 2019).

<sup>17</sup> V. Cons. gar. stat. E-R, delibera n. 12 del 2023, cons. dir. 11, pp. 7-8.

<sup>18</sup> Anche il parere dell'Avvocatura dello Stato citato *supra* in nota n. 6, del resto, riconosce che la proposta di legge «intersechi indubbiamente una pluralità di materie, alcune delle quali anche di competenza legislativa concorrente delle Regioni, come, appunto, la tutela delle salute», ritenendo però, in base a un criterio di prevalenza, che una disciplina attuativa della sent. n. 242 del 2019 sia di esclusiva competenza statale ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. l) e m) Cost. (p. 4). Sul punto v. ampiamente *infra* par. 4.

<sup>19</sup> *Cfr.* Corte cost., sent. n. 242 del 2019, cons. dir. 2.3. In letteratura ha criticato fortemente tale qualificazione G. RAZZANO, *Nessun diritto di assistenza al suicidio e priorità per le cure palliative, ma la Corte costituzionale crea una deroga all'inviolabilità della vita e chiama «terapia» l'aiuto al suicidio*, in *Dirittifondamentali.it*, 2020, n. 1, pp. 635 ss.

<sup>20</sup> *Cfr.* Corte cost., sent. n. 242 del 2019, cons. dir. 2.4 e 5.

### 3.1. Il carattere necessariamente organizzativo-procedimentale delle norme regionali

In base a un orientamento consolidato della Corte costituzionale la competenza concorrente in materia di “tutela della salute” abilita le Regioni a dettare «*norme di organizzazione e di procedura, o norme concernenti l'uso delle risorse pubbliche* in questo campo: anche al fine di meglio garantire l'appropriatezza delle scelte terapeutiche e l'osservanza delle cautele necessarie per l'utilizzo di mezzi terapeutici rischiosi o destinati ad impieghi eccezionali e ben mirati»<sup>21</sup>.

Seppur non siano presenti casi nella giurisprudenza costituzionale pienamente assimilabili a quello della proposta di legge regionale sul fine vita e, in generale, il contenzioso sulla legittimità costituzionale di leggi regionali su specifici trattamenti sanitari sia stato storicamente molto limitato, il senso dell'orientamento della Corte può essere chiarito attraverso l'analisi di un precedente in cui il legislatore regionale ha ecceduto la dimensione *organizzativo-procedimentale* da cui dipende, in concreto, il riparto tra le competenze statali e regionali interno alla materia “tutela della salute”.

Mi riferisco alla sent. n. 438 del 2008, che ha annullato una legge regionale in materia di consenso informato che prevedeva che «nella Regione Piemonte il trattamento con sostanze psicotrope su bambini e adolescenti [potesse] essere praticato solo quando i genitori o tutori nominati [avessero espresso] un consenso scritto, libero, consapevole, attuale e manifesto»<sup>22</sup>. La Corte, in particolare, ne ha dichiarato l'incostituzionalità «in quanto con esse la Regione Piemonte non si [era] *limitata a fissare una disciplina di dettaglio in ordine alle procedure* di rilascio del suddetto consenso [ma] individua[ndo] i *soggetti legittimati* al rilascio del consenso informato (genitori o tutori nominati), nonché le *modalità con le quali esso deve essere prestato* (scritto, libero, consapevole, attuale e manifesto), [aveva disciplinato] *aspetti di primario rilievo* dell'istituto» riservati allo Stato<sup>23</sup>.

Anche se in dottrina questa sentenza è stata richiamata per mettere radicalmente in discussione la possibilità delle Regioni di intervenire in materia di fine vita<sup>24</sup>, essa non mi sembra, in realtà, poter supportare una conclusione così assoluta.

<sup>21</sup> Corte cost., sent. n. 338 del 2003, cons. dir. 5.1 (corsivi aggiunti). Così fino, da ult., alla sent. n. 142 del 2021, cons. dir. 2. Sull'ampliamento della competenza rispetto al 2001 (e la continuità della conseguente regionalizzazione con le tendenze legislative del tempo) in letteratura v. R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, pp. 95 ss.; C. FASONE, *Tutela della salute (art. 117.3)*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO (a cura di), *Le materie dell'Art. 117 nella giurisprudenza costituzionale dopo il 2001. Analisi sistematica della giurisprudenza costituzionale sul riparto di competenze fra lo Stato e le Regioni 2001-2014*, Napoli, 2015, pp. 306-307; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2020, pp. 86 ss. Conferma il dato, pur criticando l'effetto di differenziazione dell'offerta sanitaria sul territorio nazionale derivante dalla regionalizzazione, da ult. G.M. RACCA, voce *Salute*, in *Enciclopedia del diritto*, 2022, pp. 1006-1008

<sup>22</sup> Corte cost., sent. n. 438 del 2008, cons. dir. 3.

<sup>23</sup> Corte cost., sent. n. 438 del 2008, cons. dir. 4 (corsivi aggiunti).

<sup>24</sup> Cfr. 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 *La Rivista "Gruppo di Pisa"*, 2023, n. 1, pp. 109 ss.



La Corte ammette infatti esplicitamente che la Regione – pur in assenza di una normativa statale sul consenso informato – avrebbe potuto introdurre una “disciplina di dettaglio in ordine alle procedure di rilascio del consenso”. Allo stesso modo, pur in mancanza di una normativa statale sul suicidio medicalmente assistito, una legge regionale ben potrebbe pertanto stabilire una disciplina di dettaglio in ordine all'erogazione delle prestazioni (verifica delle condizioni di accesso, definizione delle modalità di esecuzione più adeguate e, eventualmente, assistenza sanitaria successiva).

Quello che invece la legge regionale non può fare – in quel caso come in questo – è dettare *norme aventi natura non solo organizzativo-procedimentale*, che investano, cioè, “aspetti di primario rilievo”, come, ad esempio, le *condizioni che legittimano astrattamente l'accesso ai trattamenti* o modalità particolari per la loro verifica che si traducano in *condizioni legittimanti aggiuntive*.

La questione dirimente è, insomma, che la disciplina regionale di dettaglio – sempre ammissibile in linea di principio – non finisca per invadere, nella sostanza, scelte di fondo comunque riservate dalla Costituzione al legislatore statale.

### **3.2. L'assenza di una legislazione statale di principio, l'autoapplicatività della sent. n. 242 del 2019 e la sua autosufficienza**

Secondo quanto detto sin qui, l'assenza di una legislazione statale di principio potrebbe dunque determinare l'inammissibilità di qualsiasi legge regionale sul fine vita poiché un intervento regionale precedente a quello statale finirebbe per pregiudicare scelte di principio riservate allo Stato.

Se inteso in senso assoluto, questo argomento conduce a concepire il potere legislativo regionale come condizionato al preventivo esercizio di quello statale. Una simile conclusione, tuttavia, è stata da lungo tempo riconosciuta incompatibile con l'autonomia costituzionalmente riconosciuta alle Regioni. Almeno a partire dalla riforma del 2001, la Corte costituzionale ha difatti mantenuto ferma la regola generale per cui l'esercizio delle competenze concorrenti da parte delle Regioni non è subordinato alla preventiva emanazione, da parte dello Stato, di principi fondamentali, potendosi questi ultimi derivare, anche solo implicitamente, dalla legislazione statale vigente<sup>25</sup>.

Per questa ragione, è quindi necessario verificare se l'ordinamento statale abbia già compiuto scelte fondamentali e di principio in ordine al suicidio medicalmente assistito, di modo che l'adozione di norme regionali di organizzazione e procedura per l'erogazione della prestazione sanitaria non invada la parte di competenza in materia di “tutela della salute” riservata allo Stato.

Nel caso del fine vita, in particolare, questa questione appare strettamente connessa alla possibilità che tali principi fondamentali possano essere derivati dalla sent. n. 242 del 2019.

<sup>25</sup> Così nella giurisprudenza costituzionale sin dalla sent. n. 282 del 2002, cons. dir. 4, peraltro proprio in materia sanitaria; tale regola è stata inoltre successivamente anche positivizzata, com'è noto, nell'art. 1, comma 3 legge n. 131 del 2003.

Al riguardo, la Consulta di garanzia E-R ha, per esempio, ritenuto ammissibile la proposta di legge proprio in quanto contenente «norme di carattere organizzativo *nel rispetto dei principi fondamentali rinvenibili nella sentenza della Corte costituzionale*»<sup>26</sup>, dando, cioè, una risposta pienamente affermativa alla questione se una sentenza del giudice costituzionale possa dettare principi fondamentali in luogo dello Stato.

In effetti, la sent. n. 242 stabilisce con precisione sia le *condizioni che legittimano l'accesso ai trattamenti* (malattia irreversibile, alta sofferenza, dipendenza da trattamenti di sostegno vitale, capacità di prendere decisioni consapevoli) sia i *principi fondamentali a cui deve essere ispirato il procedimento di accertamento di tali condizioni e di scelta delle modalità di esecuzione* (solo presso strutture pubbliche del SSN; con attenzione a evitare abusi sui pazienti vulnerabili, a garantire la dignità dei malati e ad assicurare la minima sofferenza; previo parere dei comitati etici; con piena libertà del singolo medico di partecipare o non partecipare)<sup>27</sup>.

La stessa Corte, peraltro, lascia chiaramente intendere l'autoapplicatività della propria decisione quando precisa che «i requisiti procedurali dianzi indicati [...] valgono per i fatti successivi alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica», mentre detta, per le vicende pregresse per le quali «le condizioni in parola non risulterebbero, in pratica, mai puntualmente soddisfatte», condizioni legittimanti diverse di natura solo sostanziale<sup>28</sup>. A ben vedere, questa diversa scansione temporale del contenuto della decisione (requisiti procedurali e sostanziali *pro futuro* e requisiti solo sostanziali per il passato) ha senso solo se la disciplina procedurale definita dalla Corte costituzionale può essere direttamente applicata. In caso contrario, difatti, la Corte avrebbe dovuto imporre il rispetto dei requisiti procedurali ai soli casi successivi all'entrata in vigore di una futura legge del Parlamento attuativa del proprio monito e non già a tutti i fatti successivi alla pubblicazione in G.U. della propria pronuncia.

Anche sul piano più generale della teoria delle fonti, poi, se possono ancora residuare dubbi sul valore normativo delle sentenze interpretative<sup>29</sup>, mi sembra molto difficile mettere in discussione, oggi, che una sentenza additiva della Corte costituzionale – com'è la sent. n. 242 del 2019 – abbia una forza innovativa dell'ordinamento giuridico almeno pari a quella di una legge<sup>30</sup>.

<sup>26</sup> Cons. gar. stat. E-R-, delibera n. 12 del 2023, cons. dir. 12, p. 8 (corsivo aggiunto).

<sup>27</sup> Cfr. Corte cost., sent. n. 242 del 2019, cons. dir. 5.

<sup>28</sup> Cfr. Corte cost., sent. n. 242 del 2019, cons. dir. 7.

<sup>29</sup> V. ad es. il classico G. SILVESTRI, *Le sentenze normative della Corte costituzione*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1981, pp. 1684 ss.

<sup>30</sup> Cfr. in letteratura già G. ZAGREBELSKY, *Problemi in ordine ai costi delle sentenze costituzionali*, in AA.VV., *Le sentenze della Corte costituzionale e l'art. 81 u.c. della Costituzione*, Milano, 1993, pp. 115 ss. e spec. pp. 136 ss.; A. ANZON, *Nuove tecniche decisorie della Corte costituzionale*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1992, pp. 3212; F. MODUGNO, *Corollari del principio di «legittimità costituzionale» e sentenze «sostitutive»*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1969, 104 (in cui, già oltre 50 anni fa, si sosteneva che «è difficile contestare che una tale qualifica [scil., di atto normativo dotato di "forza" di legge] possa [...] disconoscersi alle sentenze "di accoglimento" della Corte» ed è solo «la paura del nuovo e l'inveterato

Da tutto ciò discende che l'ordinamento statale, nella forma della sentenza della Corte costituzionale, prevede già alcuni principi fondamentali in materia di suicidio medicalmente assistito. Di conseguenza, un intervento da parte delle Regioni che si muova entro i limiti derivanti da queste scelte di fondo non può considerarsi un'invasione della competenza dello Stato.

Resta da chiarire se eventuali interventi regionali non strettamente connessi a questi principi siano da considerarsi, invece, inammissibili (perché implicanti scelte di principio ancora non compiute dallo Stato, ma a esso comunque riservate). In questo senso, oltre a valutare l'autoapplicatività della sent. n. 242 del 2019, è quindi necessario interrogarsi anche sulla sua autosufficienza.

La soluzione di questo secondo problema dipende, ovviamente, da cosa l'interprete considera di volta in volta "principio fondamentale" e – come ben dimostrato dall'ondivaga giurisprudenza della Corte costituzionale sul riparto di competenze – non si presta a facili generalizzazioni<sup>31</sup>.

Ad esempio, pur avendo dichiarato ammissibile l'intera proposta di legge regionale sul suicidio medicalmente assistito<sup>32</sup>, la Consulta E-R ha sollevato dei dubbi sulla riconducibilità al perimetro della sent. n. 242 del 2019<sup>33</sup> delle disposizioni implicanti il dovere per l'amministrazione non solo di verificare la sussistenza delle condizioni che legittimano l'aiuto al suicidio e di stabilire le modalità di esecuzione più adeguate (tra cui la scelta del farmaco), ma anche di provvedere a prestare il supporto necessario per l'(auto)esecuzione dei trattamenti. Tali disposizioni non sarebbero «meramente applicative della sent. n. 242 del 2019 e quindi difficilmente riconducibili alla competenza regionale concorrente in materia di tutela della salute»<sup>34</sup>.

Questi dubbi della Consulta E-R possono ritenersi fondati – in base a quanto detto sin qui e in assenza di un principio fondamentale che vieti l'assunzione da parte del SSN delle

---

misoneismo di taluni giuristi che rende ancora possibili siffatte affermazioni»); *contra* nella dottrina più risalente C. LAVAGNA, *Sulle sentenze additive della Corte costituzionale*, in AA.VV., *Scritti in onore di Gaspare Ambrosini*, Milano, 1970, pp. 1131 ss. e spec. p. 1139-1140, che ricostruisce invece l'effetto additivo legittimo in termini di effetto riflesso di una decisione comunque sostanzialmente riduttiva. Nella prassi della Corte costituzionale più recente la portata innovativa delle sentenze del giudice costituzionale è stata, tra l'altro, ulteriormente confermata dall'affermarsi della dottrina delle c.d. rime adeguate su cui D. TEGA, *La Corte nel contesto. Percorsi di ri-accentramento della giustizia costituzionale in Italia*, Bologna, 2020, pp. 101 ss. (sulla questione se si possa ancora dubitare, oggi, che le sentenze manipolative della Corte siano fonti del diritto v. spec. pp. 177-178). Sulla sent. n. 242 del 2019, in particolare, insiste sull'impossibilità di equiparare alla legge una «(discutibile) sentenza» 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*, 2024, n. 1, pp. 78-79.

<sup>31</sup> Nell'ampia letteratura al riguardo v. F. CORVAJA, *La potestà concorrente, tra conferme e novità*, in *Le Regioni*, 2011, nn. 2-3, pp. 289 ss.

<sup>32</sup> Per garantire il *favor participationis*, la Consulta E-R, in passato, ha talora dichiarato solo parzialmente ammissibili proposte di legge di iniziativa popolare (v. ad es. Cons. gar. stat. E-R, delibera n. 6 del 2022).

<sup>33</sup> *Cf.* Cons. gar. stat. E-R, delibera n. 12 del 2023, cons. dir. 12, p. 8.

<sup>34</sup> Cons. gar. stat. E-R, delibera n. 12 del 2023, cons. dir. 12, p. 9.

prestazioni connesse all'assistenza sanitaria durante l'esecuzione dei trattamenti (con costi a carico delle Regioni) – soltanto se la disciplina organizzativa e procedurale di quest'ultima presuppone il compimento di scelte fondamentali o di principio riservate allo Stato. La mera assunzione a carico del servizio sanitario regionale di determinate prestazioni per cui sono già fissate a livello statale le condizioni di legittimità, tuttavia, non sembra presupporre alcuna scelta di questo tipo. Invero, la decisione se erogare o non erogare anche l'assistenza sanitaria successiva alle prestazioni certamente obbligatorie in forza della sentenza della Corte costituzionale (verifica delle condizioni e definizione delle modalità esecutive) parrebbe rimessa, in linea di principio, proprio alle Regioni, che, per regola generale, «ben possono consentire l'erogazione di prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto a [quelle obbligatorie], assumendosene l'onere economico»<sup>35</sup>.

In conclusione, pertanto, mi sembra che si possa affermare che l'art. 117, comma 3 Cost., nella parte in cui stabilisce che la tutela della salute è una materia di competenza concorrente, abilita i legislatori regionali a dettare, nel rispetto dei principi fondamentali desumibili dall'ordinamento statale, norme di organizzazione o di procedura anche in materia di fine vita. In tale margine di discrezionalità politica dovrebbe inoltre rientrare anche l'assunzione a carico del servizio sanitario regionale dell'assistenza medica al suicidio e dei relativi costi. Non possono invece in nessun caso rientrare nelle competenze regionali norme non aventi natura strettamente organizzativo-procedimentale che, riguardando le condizioni sostanziali di legittimità dei trattamenti, sono riservate alla sola legge dello Stato.

#### 4. *Segue: I limiti derivanti da altre competenze statali*

Pur potendo trovare una base giuridica nella competenza concorrente in materia di “tutela della salute” per le ragioni che ho illustrato, una legislazione regionale sul fine vita sarebbe comunque tenuta a rispettare i limiti ulteriori che possono derivare da altre competenze statali.

A questo riguardo, in letteratura è stato sostenuto, per esempio, che la possibilità per la legge regionale di intervenire in materia di prestazioni eticamente sensibili sarebbe preclusa in radice perché la loro disciplina riguarderebbe “diritti personalissimi” e, perciò, atterrebbe sempre, in ultima analisi, alla materia “ordinamento civile”<sup>36</sup>. Altri limiti potreb-

<sup>35</sup> Così, tra molte, la già citata Cons. Stato, sez. III, sent. 3297 del 2016, fatto e diritto 15.2, in riferimento alle Regioni non sottoposte a piani di rientro sanitario. Sul possibile limite derivante dai piani v. *infra* par. 4.2. Si noti, infine, incidentalmente, che l'interpretazione contraria a quella fornita nel testo condurrebbe alla paradossale conclusione che le prestazioni sanitarie connesse all'(auto)esecuzione dei suicidi medicalmente assistiti potrebbero essere erogate, fino all'introduzione di una disciplina statale, soltanto da privati.

<sup>36</sup> Cfr. 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 *La Rivista “Gruppo di Pisa”*, 2023, n. 1, p. 113. L'argomento è

bero inoltre derivare dalla competenza esclusiva dello Stato in materia di “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” e, dato che le prestazioni sanitarie hanno un costo, dai principi fondamentali dettati dallo Stato in materia di “coordinamento della finanza pubblica”.

Nei prossimi paragrafi discuterò questi possibili limiti per verificare che l'astratta ammissibilità di una legislazione regionale di natura organizzativo-procedimentale in materia di fine vita in forza della competenza concorrente in materia di “tutela della salute” non sia in concreto esclusa dalla previsione o dall'esercizio di altre competenze statali.

#### 4.1. Diritti fondamentali, ordinamento civile e LEP

L'argomento avanzato in dottrina secondo cui un intervento regionale sul fine vita sarebbe incostituzionale perché interferirebbe con la materia “ordinamento civile” è stato sviluppato a partire dalla sent. n. 262 del 2016 con cui la Corte costituzionale ha dichiarato illegittima una legge regionale che istituiva un registro volto a raccogliere le dichiarazioni

---

stato ripreso negli stessi termini anche dal parere dell'Avvocatura dello Stato citato *supra* in nota n. 6. Sempre a p. 113, nota n. 72, M.G. Nacci indica anche un possibile profilo di contrasto con l'ordinamento penale dato che «le suddette proposte di legge, nella parte in cui prevedono che il SSN sia comunque tenuto a trovare una soluzione in caso di assenza di medici disposti a fornire assistenza al suicidio, interesserebbero, infatti, anche le disposizioni penali circa i profili di responsabilità degli operatori sanitari». Anche a voler ammettere che l'assunzione dell'assistenza sanitaria connessa ai suicidi medicalmente assistiti da parte del servizio sanitario regionale possa determinare responsabilità penali in caso di concreta impossibilità di fornire la prestazione (responsabilità penale che sarebbe comunque connessa, forse e al massimo – ma poco realisticamente – alla violazione di posizioni di garanzia ascrivibili a dirigenti apicali con funzioni di organizzazione, direzione e vigilanza, dato che in nessuna parte delle proposte è messa in discussione la libertà del singolo operatore sanitario di non partecipare ai trattamenti affermata dalla sent. n. 242 del 2019), la giurisprudenza costituzionale è pacifica nel ritenere che la normativa regionale può integrare disposizioni penali statali incidendo sui loro presupposti di applicazione (come, ad es., nel caso di norme penali in bianco che facciano riferimento alla violazione di “legge” o di “doveri d'ufficio”) senza che ciò comporti un'invasione della competenza statale in materia penale (*cfr.*, tra molte, Corte cost., sent. n. 178 del 2019, cons. dir. 8.3.5 e giurisprudenza lì citata, tra cui spec. sent. n. 63 del 2012, cons. dir. 2.1.1). Peraltro, l'orientamento che da tempo ammette forme di integrazione *secundum legem* delle leggi penali da parte di leggi regionali non disconosce né contrasta logicamente con l'idea, ugualmente pacifica nella giurisprudenza e nella dottrina costituzionalistica, secondo cui la restrizione dei diritti fondamentali conseguente alla pena non può che essere stabilita, alla luce del principio di uguaglianza, «in base a una generale e comune valutazione degli interessi della vita sociale, quale può essere compiuta soltanto dalla legge dello Stato» (così, com'è noto, sin da Corte cost., sent. n. 21 del 1957): già prima ma, a maggior ragione, dopo la riforma del titolo V, la Corte si è difatti limitata a riconoscere che «la relativa competenza legislativa statale esclusiva si rivela “potenzialmente incidente nei più diversi ambiti materiali ed anche in quelli compresi nelle potestà legislative [...] delle Regioni”» e, dunque, che – ferma restando la riserva statale della scelta di criminalizzazione, che potrà avere, in concreto, l'effetto di “rafforzare e munire di una garanzia ulteriore” o, in altri casi, “semplicemente di inibire” le scelte delle Regioni – «non può negarsi a queste ultime [...] il potere di concorrere a precisare, *secundum legem*, presupposti d'applicazione di norme penali statali, nonché a definire elementi costitutivi di talune fattispecie tipiche incriminate, nell'esercizio delle proprie competenze» (sent. n. 63 del 2012, cons. dir. 2.1.1). A ulteriore conferma della stabilità di questo orientamento, si consideri inoltre che un'impostazione del tutto analoga è stata utilizzata dalla Corte costituzionale nella sent. n. 282 del 2002, cons. dir. 3 anche per distinguere principi e criteri della responsabilità civile (relativa all'ordinamento civile) e «le regole concrete di condotta, la cui osservanza o la cui violazione possa assumere rilievo in sede di concreto accertamento della responsabilità [...] che possono essere disciplinate, salva l'incidenza di altri limiti, dal legislatore regionale». Per tutte queste ragioni – e anche in considerazione del fatto che le proposte di leggi regionali attuative della sent. n. 242 del 2019 non sembrano mirare ad avere alcun rilievo diretto in materia penale ed è piuttosto dubbio che possano assumerlo indirettamente – non approfondirò oltre nel testo l'argomento relativo alla materia “ordinamento penale”.

anticipate di trattamento sanitario «nelle more dell'approvazione di una normativa in materia a livello nazionale»<sup>37</sup>. In particolare, valorizzando il passaggio conclusivo della motivazione in cui la Corte ha sinteticamente affermato che «data la sua incidenza su aspetti essenziali della identità e della integrità della persona, una normativa in tema di disposizioni di volontà relative ai trattamenti sanitari nella fase terminale della vita [...] necessita di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di eguaglianza, *ratio* ultima della riserva allo Stato della competenza legislativa esclusiva in materia di “ordinamento civile”», l'argomento afferma che le stesse ragioni varrebbero a escludere, in assoluto, anche la possibilità del legislatore regionale di intervenire in materia di suicidio medicalmente assistito<sup>38</sup>.

La fondatezza di questa ricostruzione può tuttavia essere messa in discussione, mi sembra, alla luce di due considerazioni.

La prima è che nel caso della legge regionale sulle DAT, il legislatore regionale aveva disciplinato le *condizioni di legittimità dell'esercizio del diritto* di «libertà di cura» (art. 32 Cost.) e lo aveva fatto, in particolare, attraverso la definizione: 1) della «forma di espressione» del consenso informato («le [DAT] debbono assumere la forma di un atto scritto, avente data certa con firma autografa, e debbono essere presentate alla azienda per l'assistenza sanitaria competente per territorio»); 2) del suo “ambito di applicazione” (il «contenuto [delle DAT] deve specificare la volontà del singolo di essere o meno sottoposto a trattamenti sanitari in caso di malattia o lesione cerebrale che cagioni una perdita di coscienza e volontà “permanente e irreversibile”»); 3) della possibilità di esercizio tramite rappresentanti («può essere disposta la nomina di eventuali “fiduciari” abilitati a interloquire con il Servizio sanitario regionale in ordine alle dichiarazioni rese dall'interessato», che il ricorso statale sottolineava sensatamente essere «istituti tipici dell'ordinamento civile»)<sup>39</sup>. La proposta di legge regionale in materia di suicidio medicalmente assistito non tocca nessuno di questi aspetti sostanziali, per i quali esiste chiaramente una necessità di uniformità di trattamento sul territorio nazionale e che, in effetti, risulta garantita dall'essere stati gli stessi disciplinati, come ho già descritto, direttamente dalla sent. n. 242 del 2019.

La seconda considerazione è che la declaratoria di incostituzionalità dell'intera legge e, cioè, anche degli aspetti organizzativi relativi alla raccolta e alla conservazione in un'apposita banca dati regionali dipende – espressamente – dal solo fatto che le due parti della legge risultano completamente «dipendenti l'una dall'altra»<sup>40</sup>. È evidente, difatti, che se la

<sup>37</sup> Art. 1, comma 4 legge reg. Friuli-Venezia Giulia n. 4 del 2015.

<sup>38</sup> Cfr. 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 *La Rivista “Gruppo di Pisa”*, 2023, n. 1, p. 114. Nello stesso senso v. 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*, 2024, n. 1, p. 76.

<sup>39</sup> Tutte le citazioni derivano da Corte cost., sent. n. 262 del 2016.

<sup>40</sup> Corte cost., sent. n. 262 del 2016, cons. dir. 5.1.



Regione non può introdurre le disposizioni anticipate di trattamento quale modalità di esercizio del diritto di libertà di cura, ed esse non esistono nell'ordinamento statale, l'istituzione di un registro per la loro conservazione è priva di senso.

Nel complesso, pertanto, mi sembra che la sent. n. 262 del 2016 dimostri soltanto che la potestà legislativa delle Regioni di dettare una disciplina organizzativa dei propri servizi sanitari possa risultare limitata dalla competenza esclusiva statale in materia di “ordinamento civile” quando, per la particolarità del caso di specie, non sia possibile dettare norme di organizzazione e procedura senza contestualmente disciplinare aspetti inerenti alle condizioni che legittimano l'esercizio di diritti fondamentali, che devono essere uniformi sull'intero territorio nazionale. Quest'intreccio non sembra essere affatto inestricabile nel caso del suicidio medicalmente assistito come lo era in quello delle DAT, dato che le condizioni di legittimità dell'aiuto medico al suicidio sono state già stabilite dalla Corte costituzionale.

Diverso sarebbe, invece, se l'argomento fosse riformulato nel senso che – essendo l'aiuto al suicidio una prestazione sanitaria particolarmente importante perché strettamente connessa al diritto alla vita – le sue modalità di accesso (termini dell'azione amministrativa, rimborsabilità della prestazione, ecc.) non potrebbero che essere uniformi nell'intero territorio nazionale. Una simile riformulazione non chiamerebbe tuttavia in causa la materia “ordinamento civile”, ma semmai quella della “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”<sup>41</sup>. Una cosa sono, cioè, le *condizioni che legittimano l'esercizio di un diritto o di una facoltà* derivante dall'art. 32 Cost. (ad esempio, le condizioni a cui il suicidio medicalmente assistito è legittimo), un'altra le *condizioni di accesso (nel senso di modalità dell'accesso) alle prestazioni* (ad esempio, i tempi di erogazione e la loro rimborsabilità)<sup>42</sup>: le prime attengono, in base a quanto detto sopra, ai principi fondamentali in materia di “tutela della salute” o, in certi casi, di “ordinamento civile”, mentre le seconde attengono

<sup>41</sup> In questi termini l'argomento è accennato nel parere dell'Avvocatura dello Stato citato *supra* in nota n. 6.

<sup>42</sup> Si noti che nelle due espressioni la parola “condizioni” ha un significato differente: nel primo caso “condizioni” indica i presupposti giuridici per l'esercizio di una facoltà (come nello schema “puoi fare x a condizione che y”); nel secondo indica invece le modalità di erogazione di una prestazione (come nell'espressione “le condizioni di accesso a x sono migliori nella Regione y rispetto che nella Regione z”). L'argomento relativo alla determinazione dei LEP dell'Avvocatura dello Stato citato *supra* in nota n. 6 sembra confondere questi due piani quando afferma che «i criteri dettati dalla Corte [...] scontano un inevitabile tecnicismo (si pensi, ad esempio, alla nozione di “trattamenti di sostegno vitale”), che, inevitabilmente, si prestano ad interpretazioni non omogenee, le quali potrebbero determinare una ingiustificabile disparità di trattamento, per casi analoghi, sul territorio nazionale, ledendo anche la competenza esclusiva statale in tema di “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”, di cui all'articolo 117, secondo comma, lett. m), Costituzione». La nozione di “trattamenti di sostegno vitale” è infatti un elemento che attiene alle *condizioni che legittimano l'esercizio di un diritto o di una facoltà* derivante dall'art. 32 e non alle *condizioni di accesso (nel senso di modalità dell'accesso) alle prestazioni*. Di conseguenza, le Regioni non sono certamente abilitate a definire tale nozione (cosa che, peraltro, le proposte di legge regionali non fanno), ma ciò in ragione dei limiti derivanti dai principi fondamentali in materia di “tutela della salute” (o, eventualmente, dalla materia “ordinamento civile”) e non già di determinazione dei LEP.

alla normativa di dettaglio di competenza delle Regioni, su cui lo Stato può, eventualmente, intervenire solo attraverso la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni<sup>43</sup>. In mancanza di un effettivo intervento del legislatore statale, tuttavia, il titolo competenza in materia di LEP non può precludere interventi regionali. La giurisprudenza costituzionale sulla lett. m) dell'art. 117 Cost. è infatti costante nel ritenere che la competenza esclusiva in materia di determinazione dei LEP – onde evitare di escludere o ridurre radicalmente il ruolo delle Regioni – non sia idonea a riservare in astratto al legislatore statale la disciplina di interi settori materiali, ma legittimi soltanto, in concreto, «la previsione e [la] diretta erogazione di una determinata provvidenza, oltre che [la] fissazione del livello strutturale e qualitativo di una data prestazione, al fine di assicurare più compiutamente il soddisfacimento dell'interesse ritenuto meritevole di tutela» connesso a un diritto civile o sociale<sup>44</sup>. In altre parole, secondo il diritto vivente, 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<sup>45</sup>. A ulteriore conferma di questa ricostruzione, si consideri inoltre che la giurisprudenza costituzionale ha altresì chiarito che anche in caso di definizione dei LEP da parte dello Stato «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»<sup>46</sup>.

<sup>43</sup> Cfr. per l'applicazione di questa distinzione nella giurisprudenza costituzionale Corte cost., sent. n. 282 del 2002, cons. dir. 3-4. Sempre in linea con questa distinzione mi sembra anche, su un piano più generale, la c.d. riserva statale di disciplina dei diritti fondamentali affermata dalla Corte costituzionale nella sua prima giurisprudenza sugli statuti regionali post-riforma del 2001, che, anche nelle sue letture più restrittive, non esclude comunque «il ruolo (rilevantissimo) che le Regioni possono svolgere sul terreno della concreta ed effettiva tutela dei diritti, giocando sull'intera tastiera dei poteri regionali, diretti o indiretti» (P. CARETTI, *La disciplina dei diritti fondamentali è materia riservata alla Costituzione*, in *Le Regioni*, 2005, nn. 1-2, p. 29).

<sup>44</sup> Corte cost., sent. n. 10 del 2010, cons. dir. 6.3 e prima già espressamente sent. n. 285 del 2005, cons. dir. 3, dove si legge che «del tutto improprio e inconferente [è] il riferimento all'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost., al fine di individuare il fondamento costituzionale della disciplina, da parte dello Stato, di interi settori materiali (cfr., fra le molte, le sentenze n. 120 del 2005; n. 423 e 16 del 2004 e n. 282 del 2002)». In letteratura, cfr. più diffusamente e con ampi riferimenti alla giurisprudenza costituzionale E. FRONTONI, *Determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (Art. 117,2.M)*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO (a cura di), *Le materie dell'Art. 117 nella giurisprudenza costituzionale dopo il 2001. Analisi sistematica della giurisprudenza costituzionale sul riparto di competenze fra lo Stato e le Regioni 2001-2014*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2015, pp. 150 ss. e in part. sui LEA e la differenziabilità dei regimi di rimborsabilità dei farmaci e dei *ticket sanitari* pp. 159 ss., nonché G. GUIGLIA, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali alla luce della recente giurisprudenza costituzionale e dell'evoluzione interpretativa*, Verona, CEDAM, 2007, pp. 3 ss. e spec. pp. 8-9. Sugli orientamenti più recenti v. anche G. FERRAIUOLO, *Materie trasversali e leale collaborazione*, in D. DE PRETIS, C. PADULA (a cura di), *Questioni aperte nei rapporti tra Stato e Regioni*, Torino, G. Giappichelli, 2023, pp. 36 ss.

<sup>45</sup> Sotto questo aspetto sembrano quindi particolarmente apprezzabili le clausole di cedevolezza previste dalla proposta di legge regionale dell'Associazione Coscioni su cui *supra* par. 2.

<sup>46</sup> Corte cost., sent. n. 248 del 2006, cons. dir. 4.1. Cfr. per altra giurisprudenza anche E. FRONTONI, *Determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (Art. 117,2.M)*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO (a cura di), *Le materie dell'Art. 117 nella giurisprudenza costituzionale dopo il 2001. Analisi sistematica della giurisprudenza costituzionale sul riparto di competenze fra lo Stato e le Regioni 2001-2014*, Napoli, Editoriale Scientifica, p. 166. Si tratta della stessa logica da tempo affermata anche in riferimento alla tutela

In base a questi principi, in assenza di una disciplina dei LEP in materia di fine vita, le Regioni sono pertanto abilitate a dettare una disciplina di dettaglio delle relative prestazioni. Pur non essendo mai stato deciso dalla Corte costituzionale, per quanto mi consta, un caso analogo, questa conclusione è stata espressamente confermata dalla giurisprudenza amministrativa in relazione alla procreazione medicalmente assistita eterologa che, dopo la sua legalizzazione con sent. n. 152 del 2014 e fino al suo inserimento nei LEA, è stata per vari anni concretamente accessibile nelle sole Regioni che avevano adottato specifiche discipline al riguardo<sup>47</sup>. In questo contesto, il Consiglio di Stato, chiamato a decidere sull'impugnazione della deliberazione che in Regione Lombardia aveva autorizzato l'esecuzione della PMA eterologa senza tuttavia porre i relativi costi a carico del servizio sanitario (com'era, invece, per l'omologa), ha infatti chiaramente affermato che «la Regione ha il potere di fissare limiti e condizioni all'esercizio [del diritto alla salute] [...] e anche quello di *riconoscere prestazioni sanitarie aggiuntive* rispetto ai L.E.A.»<sup>48</sup>.

In conclusione, se calata nella logica positiva del riparto di competenze Stato-Regioni definito dalla Costituzione, la questione se la disciplina organizzativa e procedurale del fine vita debba essere dettata da una legge statale o da una legge regionale si configura, nella prospettiva dell'ordinamento costituzionale italiano, non già come una questione giuridica, ma piuttosto come una questione politica, rimessa alla discrezionalità del Parlamento, il quale può liberamente valutare l'opportunità di introdurre una disciplina di dettaglio dei LEP per uniformare discipline regionali potenzialmente differenziate<sup>49</sup>.

#### 4.2. Spesa sanitaria non obbligatoria e coordinamento della finanza pubblica

Un secondo ordine di limiti ipotizzabile per un intervento regionale attuativo della sent. n. 242 del 2019 può derivare, come anticipato, dall'esercizio della competenza statale in materia di “coordinamento della finanza pubblica”. Le vigenti norme statali dettate in questa

---

dell'ambiente (v. sui c.d. standard ambientali regionali più elevati ad es. Corte cost., sent. n. 21 del 2021, cons. dir. 4.1 e giurisprudenza lì citata) su cui criticamente da ult. S. PARISI, *La teoria del punto di equilibrio*, in D. DE PRETIS, C. PADULA (a cura di), *Questioni aperte nei rapporti tra Stato e Regioni*, Torino, G. Giappichelli, 2023, pp. 6 ss. Più in generale, sulla necessità di interpretare l'art. 117, comma 3, lett. m) Cost. in modo da «non escludere le Regioni dal dovere costituzionale di attuazione dei diritti fondamentali» v. A. MORRONE, *Solidarietà e autonomie territoriali nello Stato regionale*, in B. PEZZINI, C. SACCHETTO (a cura di), *Il dovere di solidarietà*, Milano, Giuffrè, 2005, pp. 34 ss.

<sup>47</sup> Sul punto v. S. APA, *Il diritto ad accedere alla PMA eterologa: disciplina e problemi attuativi*, in *Biolaw journal*, 2017, n. 1, pp. 179 ss. e spec. p. 181 (per gli atti regionali nota n. 99) e, più estesamente, F. ANGELINI, *Dalla fine di un irragionevole divieto al caos di una irragionevole risposta. La sentenza n. 162 del 2014 della Corte costituzionale, lo Stato e le Regioni sulla fecondazione assistita eterologa*, in *Istituzioni del federalismo*, 2015, n. 1, pp. 70 ss.

<sup>48</sup> Cons. Stato, sez. III, sent. 3297 del 2016, fatto e diritto 22, lett. c) (corsivo aggiunto).

<sup>49</sup> Sulla discrezionalità del legislatore statale nel contesto dell'esercizio di questa competenza esclusiva cfr. molto chiaramente già E. BALBONI, *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Le Regioni*, 2003, n. 6, pp. 1190-1191.

materia escludono, infatti, che le Regioni assoggettate a piani di rientro possano effettuare spese sanitarie non obbligatorie<sup>50</sup>.

Per identificare l'esatta estensione di questo limite è dunque necessario chiarire quali prestazioni debbano considerarsi obbligatorie in forza della sent. n. 242 del 2019. A questa questione possono essere date, mi sembra, due soluzioni.

Se si ritiene (con la giurisprudenza comune sopra citata)<sup>51</sup> che la Corte costituzionale non abbia imposto alle amministrazioni sanitarie anche di assistere il paziente nella fase finale dell'autosomministrazione del farmaco, la legislazione di una Regione in stato di dissesto dovrebbe essere limitata a norme di organizzazione e procedura relative alle fasi prodromiche dell'accertamento delle condizioni che legittimano l'aiuto al suicidio e della definizione delle modalità di esecuzione. Questa è in effetti, almeno al momento, l'interpretazione della sent. n. 242 del 2019 maggioritaria anche in dottrina, che valorizza il dato formale dell'incisione della pronuncia di illegittimità costituzionale sul solo art. 580 cod. pen. e, dunque, sostiene la totale estraneità alla decisione della Corte dei momenti successivi alla verifica delle condizioni che legittimano (rendendolo non punibile) l'aiuto al suicidio<sup>52</sup>.

Tale interpretazione è senz'altro ragionevole, ma penso che sia teoricamente possibile dare, sul punto, anche l'interpretazione opposta, come hanno già fatto, del resto, le amministrazioni delle Regioni Veneto e Friuli-Venezia Giulia<sup>53</sup>. Infatti, se si accetta e si prende sul serio la qualificazione dell'aiuto medicalmente assistito come "terapia" contenuta nella sent. n. 242 del 2019, mi sembra difficile sostenere l'inesistenza di un'obbligazione positiva, in capo a tutte le amministrazioni italiane, di prestare anche la necessaria assistenza sanitaria durante l'esecuzione dei trattamenti, direttamente in forza dell'art. 32 Cost., almeno agli indigenti<sup>54</sup>. L'adozione di questa opzione ermeneutica alternativa comporterebbe

<sup>50</sup> Cfr. Corte cost., tra molte, sentt. n. 166 del 2020, cons. dir. 3.2, n. 172 del 2018 (su una legge della Regione Sicilia), cons. dir. 8.2, n. 104 del 2013, cons. dir. 4.1, n. 32 del 2012, cons. dir. 10.1. Nella giurisprudenza amministrativa v. tra molte, la già citata Cons. Stato, sez. III, sent. 3297 del 2016, fatto e diritto 15.2 in cui si afferma che per «le Regioni sottoposte al «piano di rientro sanitario» [...] vi è attualmente un trattamento uniforme di carattere «negativo»: l'art. 1, comma 174, della l. n. 311 del 2004 ha vietato di effettuare «spese non obbligatorie», tra le quali rientrano quelle di copertura delle prestazioni sanitarie non inserite nei L.E.A. (v., sul punto, Corte cost., 29 maggio 2013, n. 104)».

<sup>51</sup> Cfr. *supra* par. 2.

<sup>52</sup> Cfr. in questo senso, ad es., 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*, 2024, n. 1, pp. 81-82.

<sup>53</sup> V. *supra* nota n. 11. Va però dato atto che, a fronte di una prassi amministrativa basata su una lettura non restrittiva della sent. n. 242 del 2019, i Consigli regionali di entrambe le Regioni si sono invece dimostrati, per ora, sostanzialmente contrari a offrire a tale prassi una qualsiasi copertura legislativa (cfr. per il Veneto il rinvio in commissione della proposta di legge su cui v. *Fine vita. No del Consiglio regionale Veneto alla legge sul suicidio medicalmente assistito*, in *quotidianosanità.it*, 16 gennaio 2024, accessibile all'indirizzo [https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo\\_id=119524](https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo_id=119524), consultato a febbraio 2024, e, prima, per il Friuli-Venezia Giulia le vicende di una mozione sul tema su cui v. *La III Commissione permanente approva la mozione nr 38 che responsabilizza le Aziende sanitarie ad uniformare la terapia del dolore*, in *quotidianosanità.it*, 7 dicembre 2023, [https://www.quotidianosanita.it/friuli\\_venezia\\_giulia/articolo.php?articolo\\_id=118909](https://www.quotidianosanita.it/friuli_venezia_giulia/articolo.php?articolo_id=118909), consultato a febbraio 2024).

<sup>54</sup> La questione della qualificazione come "terapia" è stata significativamente accostata alla possibilità di trasformare l'aiuto al suicidio in un diritto di carattere pretensivo già da G. RAZZANO, *Nessun diritto di assistenza al suicidio e priorità per*

l'esclusione, totale o parziale, dell'operatività del limite derivante dalle norme statali in materia di "coordinamento della finanza pubblica": tutte le Regioni, difatti, devono considerarsi abilitate a disciplinare l'assistenza sanitaria durante il suicidio medicalmente assistito se, e nella misura in cui, essa è concepita come una prestazione costituzionalmente obbligatoria.

## 5. Possibili effetti sistemici della regionalizzazione del fine vita

Al riconoscimento di uno spazio di intervento delle Regioni nella materia del fine vita possono conseguire, mi sembra, almeno due effetti di ordine più generale per il sistema costituzionale complessivamente considerato, tra loro peraltro potenzialmente connessi: la possibilità che la regionalizzazione si estenda anche ad altre prestazioni sanitarie eticamente sensibili e l'apertura a usi ideologici della legge regionale.

Il problema principale posto dal primo di questi due temi è se ammettere l'esistenza di un margine di regionalizzazione possa comportare una differenziazione per prestazioni attualmente regolate da una disciplina unitaria. Ad esempio, se la legge regionale può dettare norme organizzative e di procedura per il suicidio medicalmente assistito, potrebbe fare lo stesso anche per l'aborto? E, in seconda battuta, la proposta di legge regionale attuativa della sent. n. 242 del 2019 persegue la finalità di garantire una migliore accessibilità alle prestazioni, ma potrebbe una legge regionale aggravare con norme organizzativo-procedurali l'accesso all'aborto? Queste domande hanno un'importante portata pratica perché possono assumere un rilievo determinante sul piano della politica del diritto costituzionale, nel senso che le loro risposte potrebbero influenzare l'attività ermeneutica di un giurista o della stessa Corte costituzionale. Un interprete della Costituzione potrebbe, cioè, decidere di sostenere una concezione più o meno estesa della competenza regionale in relazione alla questione particolare dell'ammissibilità di una legge regionale sul suicidio medicalmente assistito anche alla luce delle conseguenze che la sua interpretazione dell'art. 117 Cost. potrebbe avere, più in generale, su altri casi. Così, per esempio, anche un interprete che attribuisca sul piano teorico-politico un valore primario al principio di tutela effettiva dei diritti (e che dovrebbe, pertanto, orientarsi verso l'ammissibilità di un intervento regionale che mira a garantire un diritto riconosciuto dal giudice costituzionale) potrebbe pensare che ammettere una legge regionale sul fine vita comporti rischi inaccet-

---

*le cure palliative, ma la Corte costituzionale crea una deroga all'inviolabilità della vita e chiama «terapia» l'aiuto al suicidio*, in *Dirittifondamentali.it*, 2020, n. 1, pp. 635-638; coerentemente la critica è ripresa, più di recente, anche in 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*, 2024, n. 1, p. 73.

tabili in materia di aborto e, dunque, optare per una concezione del riparto di competenze che escluda qualsiasi intervento in materia di prestazioni eticamente sensibili.

Se la ricostruzione del diritto costituzionale vivente che ho fatto fin qui è corretta, si può rispondere a domande come queste nel senso che simili rischi non si pongono, allo stato, nell'ordinamento italiano. Da un lato, infatti, l'intervento regionale non può riguardare, e deve rispettare, i principi fondamentali derivabili dall'ordinamento statale (in cui rientrano i profili essenziali della disciplina di una prestazione sanitaria eticamente sensibile, come le condizioni che ne legittimano l'accesso); dall'altro, laddove è presente una normativa statale di dettaglio emanata in forza della competenza esclusiva in materia di determinazione dei LEP, essa prevale e, se residuano margini per un intervento regionale, quest'ultimo può comunque essere solo migliorativo.

Del resto, proprio in materia di aborto, la giurisprudenza amministrativa ha già considerato illegittime delle Linee guida approvate dalla Regione Lombardia<sup>55</sup> per violazione dell'art. 117, comma 3, lett. m) Cost.<sup>56</sup>. Questo atto regionale regolava infatti aspetti essenziali della disciplina dell'accesso alle prestazioni in maniera incompatibile con la legge n. 194 del 1978 introducendo, in sostanza, condizioni di accesso e oneri ulteriori rispetto a quelli previsti dallo Stato<sup>57</sup>. Pur essendo stato affermato in letteratura che, così facendo, il TAR avrebbe escluso l'esistenza di qualsiasi reale spazio di intervento regionale in materia di IVG<sup>58</sup>, mi sembra in realtà che questo caso si limiti a confermare – in linea con la ricostruzione generale che ho tracciato negli scorsi paragrafi – l'illegittimità di interventi che mirano a modificare le condizioni di esercizio di un diritto garantito dall'ordinamento statale. Siccome il limite derivante dall'art. 117, comma 3, lett. m) Cost. non esclude, invece, “l'aumento del livello e della qualità delle prestazioni garantite dalla legislazione statale, in forme compatibili con quest'ultima”<sup>59</sup>, ben potrebbero le Regioni adottare norme organizzative

<sup>55</sup> Decreto D.G. Sanità Regione Lombardia, 22 gennaio 2008 n. 327, recante “Atto di indirizzo per la attuazione della legge 22 maggio 1978 n. 194” e deliberazione della Giunta Regionale Lombardia n. VIII/006454 del 22 gennaio 2008, con testi riportati in *La nuova giurisprudenza civile commentata*, 2009, n. 2, pp. 145-147.

<sup>56</sup> TAR Lombardia, sent. n. 7735 del 2010.

<sup>57</sup> In particolare, le Linee guida introducevano: 1) un termine oltre il quale operava una presunzione di viabilità fetale (non fissato dalla disciplina statale) e, cioè, un termine oltre il quale sarebbe stata comunque applicata la limitazione alle possibilità di accesso all'aborto prevista dall'art. 7, comma 3, legge n. 194 del 1978; 2) un obbligo in capo al medico procedente di avvalersi della collaborazione di altri specialisti e, dunque, la necessità per la gestante di dotarsi di un parere obbligatorio non previsto dalla disciplina statale per poter accedere alle prestazioni; 3) l'obbligo di partecipazione all'attività certificativa di più di un medico (affidata dalla disciplina statale a un solo medico), con lo stesso effetto sostanziale *sub* 2; 4) forme di partecipazione alla procedura del padre e della famiglia della donna (esclusi dalla disciplina statale), chiaramente attinenti al profilo dei “soggetti legittimati” a partecipare alla formazione di volontà funzionale all'esercizio del diritto; 5) l'introduzione di passaggi procedurali ulteriori per la donna minorenni (non previsti dalla disciplina statale), che costituiscono, letteralmente, condizioni legittimanti aggiuntive.

<sup>58</sup> Cfr. F. BIONDI, *L'interruzione di gravidanza fra Stato e Regioni in una decisione del giudice amministrativo*, in *Quaderni costituzionali*, 2011, n. 2, p. 414 e, ancor più nettamente, A.M. BENEDETTI, *Norme sotto le mentite spoglie di linee guida? Le Regioni sono fuori dalla disciplina dell'interruzione della gravidanza*, in *La nuova giurisprudenza civile commentata*, 2009, n. 2, p. 148.

<sup>59</sup> Cfr. *supra* par. 5.



finalizzate, per ipotesi, ad assicurare le prestazioni di IVG in presenza di situazioni di carenza strutturale di medici non obiettori (come, peraltro, prevede espressamente lo stesso art. 9, comma 4 della legge n. 194 del 1978)<sup>60</sup>. Interventi di questo tipo, difatti, potrebbero migliorare i livelli delle prestazioni in maniera compatibile con la disciplina statale dato che contribuirebbero ad assicurare l'accesso ai servizi senza interferire in alcun modo con le condizioni che legittimano i trattamenti, frutto, nel caso dell'aborto, del bilanciamento riservato al legislatore statale tra diritti della gestante e del nascituro.

Insomma, l'art. 117 Cost., per come correntemente interpretato, limita notevolmente i rischi di una differenziazione in negativo perché, da un lato, esclude che le Regioni possano incidere sugli aspetti più qualificanti della disciplina delle prestazioni e, dall'altro, rimette comunque la decisione sul grado necessario di uniformità della normativa di dettaglio alla discrezionalità politica del Parlamento<sup>61</sup>. L'argomento del possibile pericolo per i diritti fondamentali connessi ad altre prestazioni sanitarie eticamente sensibili non è dunque, nel contesto italiano, un buon argomento di politica del diritto costituzionale per contrastare un'iniziativa di regionalizzazione come quella in materia di fine vita.

Il secondo tema che ho individuato, relativo al possibile aumento della politicità della legge regionale, è invece di natura ancora più generale. Mi riferisco al fatto che un intervento regionale in materia di prestazioni eticamente sensibili può attribuire un particolare valore ideologico all'attività legislativa della Regione, specialmente se esso avviene in contrasto con l'indirizzo politico statale del momento. Questo è, in fondo, proprio il caso della proposta di legge regionale in materia di fine vita, che interviene apertamente per supplire all'inottemperanza del Parlamento a un monito del giudice costituzionale. Per tale motivo, la proposta dell'Associazione Coscioni è stata considerata in letteratura un esempio di «utilizzo con finalità simboliche [...] [e] improprio dello strumento legislativo [regionale per] sensibilizzare sulla necessità di un intervento normativo [...] andando a pungolare il silente legislatore statale»<sup>62</sup>.

<sup>60</sup> Un simile intervento regionale sarebbe, peraltro, un doveroso adempimento delle obbligazioni positive che derivano dall'art. 11 della Carta sociale europea, in applicazione del quale il Comitato europeo dei diritti sociali ha condannato due volte l'Italia riconoscendo che l'elevato numero di obiettori di coscienza impedisce o, comunque, complica irragionevolmente l'accesso ai trattamenti per la mancanza di misure organizzative idonee a farvi fronte (CEDS, *International Planned Parenthood Federation - European Network (IPPF EN) v. Italy* (2013) §§160 ss. e, poi, nello stesso senso CEDS, *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) v. Italy* (2015) §§165 ss., che ha, peraltro, riconosciuto espressamente il concorso della Regione nella violazione dell'obbligazione positiva affermando che «*in such cases, the competent regional supervisory authorities do not ensure a satisfactory implementation of Section 9§4 within the territory under their jurisdiction*»).

<sup>61</sup> Cfr. sul punto, più in generale, anche A. RUGGERI, *Il valore di "unità-autonomia" quale fondamento e limite dei giudizi in via d'azione e della "specializzazione" dell'autonomia regionale*, in M. CONSULICH (a cura di), *Il regionalismo italiano alla prova delle differenziazioni*, Napoli, 2021, pp. 438-441.

<sup>62</sup> 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 *La Rivista "Gruppo di Pisa"*, 2023, n. 1, pp. 117.

Una simile dinamica di conflitto potrà forse apparire inusuale nel contesto italiano, storicamente caratterizzato da tendenze all'amministrativizzazione della legge regionale<sup>63</sup> e alla sua omologazione all'indirizzo politico statale<sup>64</sup>, ma, in realtà, risponde appieno alla logica della teoria costituzionale delle autonomie territoriali. Oltre che per ragioni che muovono dal principio democratico, difatti, negli Stati costituzionali l'autonomia politica di enti come le Regioni è in genere giustificata proprio come meccanismo di divisione territoriale del potere funzionale alla tutela delle libertà<sup>65</sup>. Così, un intervento che – nei limiti delle competenze regionali positivamente stabilite – miri a garantire il miglior godimento di un diritto fondamentale, per cui manca un'adeguata legislazione statale<sup>66</sup>, non appare affatto un abuso del potere legislativo regionale, ma costituisce, all'opposto, la realizzazione di uno degli scopi ultimi per cui tale potere è stato riconosciuto dalla Costituzione alle Re-

<sup>63</sup> Sul punto *cfr.* per tutti già L. PALADIN, *Le fonti del diritto italiano*, Bologna, 1996, 301 ss.; confermano da ult. questa tendenza A. BARBERA, voce *Costituzione della Repubblica Italiana*, in *Enciclopedia del diritto*, 2015, p. 321 e G. TARLI BARBIERI, *Le Regioni a statuto ordinario: un bilancio*, in F. CORTESE, J. WOELK (a cura di), *Autonomie speciali e regionalismo italiano. Un bilancio*, Milano, 2023, pp. 148 ss. e spec. p. 151.

<sup>64</sup> Individuava come una perversione del modello italiano l'assenza di conflitto politico tra il livello statale e quello regionale già A. D'ATENA, voce *Regione*, in *Enciclopedia del Diritto*, 1988, pp. 346-347. Da ult. sottolinea che «lo scopo cui mirava il legislatore costituzionale [con la riforma del 2001] era stimolare l'*attivismo politico* delle Regioni» R. DI MARIA, *La potestà legislativa regionale, fra (endogena) autonomia politica ed (esogena) attuazione programmatica*, in *Le Regioni*, 2021, nn. 1-2, p. 116 e poi anche p. 122.

<sup>65</sup> *Cfr.* sul punto C. BOLOGNA, *Pluralismo*, in C. CARUSO, C. VALENTINI (a cura di), *Grammatica del costituzionalismo*, Bologna, pp. 151 ss. Per la connessione di quest'idea all'esperienza italiana v. in part. per tutti G. SILVESTRI, *Rileggendo, sessant'anni dopo, il saggio di Temistocle Martines sull'autonomia politica delle regioni in Italia*, in *Diritti regionali*, 2016, n. 3, pp. 1 ss. e T. MARTINES, *Studio sull'autonomia politica delle Regioni in Italia*, in *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, 1956, n. 1, pp. 100 ss. Proprio criticando questa logica libertaria à la Alexis de Tocqueville, del resto, l'On. LACONI del PCI si dichiarava in Assemblea costituente contrario all'attribuzione di autonomia politica e legislativa alle Regioni (v. verbale seduta 5 marzo 1957, pres. Terracini, pp. 1780 ss.).

<sup>66</sup> Per chiarezza, quando in questo saggio ho parlato del suicidio medicalmente assistito come di un "diritto fondamentale" ho inteso riferirmi esclusivamente a quella sfera di autonomia del malato, consistente nella possibilità di scegliere tra il rifiuto delle cure e l'accesso a trattamenti finalizzati a causare la morte, che, a certe condizioni, la sent. n. 242 del 2019 ha ritenuto costituzionalmente tutelata in forza degli artt. 2, 13 e 32 Cost. e, dunque, non comprimibile dal legislatore ordinario (*cfr.* sent. n. 242 del 2019, cons. dir. 2,3, dove si legge che «entro lo specifico ambito considerato, il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce per limitare ingiustificatamente nonché irragionevolmente la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita»). Ho quindi sostenuto 1) che la sentenza della Corte costituzionale fonda, per ragioni logiche, un diritto alla verifica da parte delle strutture pubbliche delle condizioni che legittimano l'accesso ai trattamenti di aiuto al suicidio e delle relative modalità di esecuzione (v. *supra* par. 3.2 e, per riferimenti alla giurisprudenza di merito già orientata in questo senso, nota n. 10) e 2) che la qualificazione – fatta sempre dalla Corte costituzionale – dell'assistenza medica al suicidio come "terapia" dovrebbe implicare il riconoscimento anche di un diritto all'erogazione delle prestazioni successive, connesse all'esecuzione del suicidio medicalmente assistito, almeno per gli indigenti, in forza dell'art. 32, comma 1 Cost. (v. *supra* par. 4.2). In nessuna parte di questo scritto ho invece inteso assumere quale presupposto della mia argomentazione l'esistenza di un più ampio diritto fondamentale "a morire", pur avendo altrove messo in dubbio, in punto di principio, la giustificazione costituzionale del reato di aiuto al suicidio fornita dalla Corte (per questi diversi profili v. P.F. BRESCIANI, *La protezione dei deboli e vulnerabili come giustificazione costituzionale del reato*, in *Quaderni costituzionali*, 2020, n. 1, pp. 111 e ss. e, più sistematicamente, P.F. BRESCIANI, *Prospettive sulla legge paternalista come categoria giuridica*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2021, n. 1, pp. 243 ss.).

gioni<sup>67</sup>. Non mi sembra ci sia alcuna solida ragione teorica per sottrarre a questa logica generale la disciplina delle prestazioni sanitarie eticamente sensibili, e ciò a maggior ragione perché, per tutti i motivi che ho provato a illustrare, l'ordinamento costituzionale italiano dispone di garanzie giuridiche adeguate affinché l'esercizio di un'effettiva autonomia regionale, anche in queste delicate materie, rimanga sempre orientato al rafforzamento della tutela dei diritti e delle libertà.

## 6. Conclusioni

In questo studio ho cercato di trattare le principali questioni che l'idea di attuare la sent. n. 242 del 2019 con leggi regionali pone nella prospettiva della scienza costituzionale. Oggi questi problemi riguardano il suicidio medicalmente assistito, ma potrebbero riguardare, in futuro, qualsiasi altra prestazione sanitaria eticamente sensibile.

Tra quelle che ho affrontato, un primo ordine di questioni è di *diritto costituzionale*: se esiste una base giuridica per un simile intervento regionale; se e a che condizioni l'assenza di una legislazione statale di principio osti all'adozione di leggi regionali; quali limiti devono comunque essere rispettati dalla Regione. A questa prima serie di problemi si può con ragionevole certezza rispondere che, secondo la giurisprudenza costituzionale consolidata, le Regioni possono adottare *norme di natura esclusivamente organizzativo-procedurale* in base alla loro competenza concorrente in materia di "tutela della salute", mentre è sempre riservata allo Stato la definizione delle condizioni che legittimano l'accesso alle prestazioni e degli altri aspetti di primario rilievo della disciplina che sottendono scelte di principio. Per questo motivo, l'assenza di una legislazione statale può ostare a interventi regionali soltanto in casi in cui tale assenza determini un vuoto di principi fondamentali e comportamenti, dunque, che una qualsiasi normativa regionale, formalmente di dettaglio, inevitabilmente compia, nella sostanza, scelte di fondo riservate allo Stato. Inoltre, se la prestazione non è prevista come obbligatoria dall'ordinamento statale, le Regioni in dissesto non possono assumerla a carico del proprio servizio sanitario in ragione della vigente normativa statale sul coordinamento della finanza pubblica. Infine, se esiste una disciplina di dettaglio emanata dallo Stato in forza della sua competenza a determinare i LEP, l'intervento regionale può solo migliorare il livello e la qualità delle prestazioni in maniera compatibile con la legislazione statale.

In applicazione di questi principi, con specifico riferimento al caso del suicidio medicalmente assistito, le Regioni potrebbero dunque oggi normare e assumere a carico dei propri servizi le prestazioni connesse all'accesso al suicidio medicalmente assistito (verifica

<sup>67</sup> Sulla connessione genetica tra autonomia regionale e garanzia dei diritti nel costituzionalismo italiano *cfr.* anche da ult. D. MONE, *Costituzione, regionalismo e coesione territoriale*, Napoli, 2023, pp. 147 ss. e 237 ss.

delle condizioni di accesso e definizione delle modalità di esecuzione) nel contesto delle scelte di fondo compiute, per l'ordinamento statale, dalla sent. n. 242 del 2019.

Un secondo ordine di questioni è invece di *politica del diritto costituzionale*: se il riconoscimento effettivo di questo margine di autonomia regionale ponga rischi inaccettabili per i diritti fondamentali connessi ad altre prestazioni eticamente sensibili; se esso comporti un pericolo di abuso ideologico dello strumento legislativo regionale; se, con specifico riferimento al suicidio medicalmente assistito, l'assistenza sanitaria nel momento dell'autosomministrazione del farmaco letale si debba considerare o no una prestazione obbligatoria in forza della sent. n. 242 del 2019. Per questa seconda serie di problemi, la cui soluzione dipende in ultima istanza da opzioni teorico-politiche dell'interprete, ho cercato di argomentare: 1) che i limiti posti agli interventi regionali dal diritto costituzionale vivente escludono seri pericoli di esternalità negative su altri diritti fondamentali; 2) che un eventuale incremento della politicità della legislazione regionale e del suo conflitto con l'indirizzo politico statale è un elemento pienamente rispondente al senso costituzionale delle autonomie; 3) che alla qualificazione da parte della Corte costituzionale dell'aiuto al suicidio come "terapia" dovrebbe conseguire l'obbligo costituzionale del servizio sanitario di garantire non solo la verifica delle condizioni legittimanti e la definizione delle modalità di esecuzione più adeguate, ma anche l'assistenza sanitaria successiva, almeno agli indigenti (in caso contrario, se si considera, cioè, questa spesa come non obbligatoria, le prestazioni connesse all'esecuzione dei suicidi medicalmente assistiti potrebbero invece essere assunte ed erogate a carico dei servizi soltanto dalle Regioni non in dissesto).

Nello studio non ho invece discusso molte altre questioni che una proposta di legge regionale sul suicidio medicalmente assistito senz'altro pone: se l'accesso alle prestazioni sia già adeguatamente garantito anche in assenza di una base legislativa; se l'esistenza di leggi solo in alcune Regioni comporterà insostenibili fenomeni di mobilità sanitaria; se per ragioni di uguaglianza non sarebbe meglio attendere una disciplina nazionale; ecc. Simili questioni non hanno infatti, a mio modo di vedere, una soluzione deducibile o argomentabile con metodo giuridico dalla Costituzione<sup>68</sup>. Esse rappresentano piuttosto problemi di *politica legislativa* che spetta alle assemblee rappresentative provare a risolvere nel momento in cui si dovessero sul serio confrontare con l'idea di regionalizzare il fine vita.

<sup>68</sup> Sulla necessità che la scienza del diritto costituzionale adotti canoni metodologici idonei a evitare fenomeni di pangiuridicismo costituzionale ed eccessivo ispessimento della materia costituzionale v. A. MORRONE, *Suprematismo giudiziario II. Sul pangiuridicismo costituzionale e sul lato politico della Costituzione*, in *Federalismi.it*, 2019, n. 12, *passim*. Questo canone di metodo appare, tra l'altro, particolarmente importante in relazione alla materia del fine vita, nell'ambito della quale la Corte costituzionale ha già fortemente limitato gli spazi della decisione politico-democratica dando un'interpretazione estesa, ancorché coerente con la sua giurisprudenza, dei limiti all'ammissibilità dei referendum abrogativi (cfr. su questo profilo specifico, criticamente, F. MEDICO, *La Corte costituzionale disattiva il «plusvalore democratico» del referendum*, in *Quaderni costituzionali*, 2022, n. 3, pp. 525 ss. e in part. pp. 545 ss.).