

Le Regioni di fronte all'inerzia del legislatore statale nella disciplina del suicidio assistito: un'ipotesi di “chiamata in sussidiarietà invertita”?¹

di Emanuele Rossi

1. A chi spetta attuare la Costituzione?

In un lavoro particolarmente denso di contenuti e prospettive, dedicato agli *Scritti in onore di Costantino Mortati*, Valerio Onida scriveva della necessità per i giudici di dare attuazione diretta della Costituzione, motivando con queste parole: “Ciò che va sottolineato, a proposito di questi orientamenti giurisprudenziali (...), è che essi segnano il passaggio da una utilizzazione, per così dire, prevalentemente difensiva della Costituzione da parte dei giudici (in funzione cioè di ostacolo all'applicazione di norme limitative dei diritti dei cittadini (...)) ad un'utilizzazione in funzione di promozione positiva e di ampliamento delle sfere di libertà e di situazioni socialmente rilevanti e costituzionalmente protette”².

La considerazione di Onida riguarda il ruolo della magistratura, ma essa può essere considerata in una prospettiva più ampia. L'attuazione della Costituzione richiede, in primo luogo, un'attività tesa a valorizzarne, oltre evidentemente alla dimensione di limite specificamente inteso, anche quella *programmatica* e quindi *dinamica*, di adeguamento alle esigenze sociali e all'evolversi degli andamenti del contesto civile. In più, tale adeguamento deve realizzarsi in dimensione teleologica: che, per indicare le parole del Maestro, deve operare nel senso di un “ampliamento delle sfere di libertà e di situazioni socialmente rilevanti e costituzionalmente protette”.

Queste considerazioni non possono che riguardare tutti i soggetti istituzionali, ed in particolare quelli costituenti la Repubblica, ai sensi (perlomeno) dell'art. 114 Cost. Ciò può apparire del tutto scontato (ed in effetti lo è), ma serve richiamarlo qui per inquadrare correttamente la vicenda che si vuole descrivere ed analizzare, ovvero il ruolo delle Regioni nella disciplina giuridica dell'aiuto al suicidio, a seguito della sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019. Come si dirà, infatti, in molte regioni si sta discutendo se approvare o meno leggi regionali in materia di aiuto al suicidio o suicidio assistito, con l'obiettivo dichiarato (da parte dei proponenti) di “dare

¹ È la versione estesa di un capitolo del libro ASTRID, *Regioni sì, ma non così: Riflessioni e proposte in memoria di Valerio Onida*, a cura di Giuliano Amato, Franco Bassanini, Giorgio Macciotta, Il Mulino, 2025 (in corso di stampa).

² V. ONIDA, *L'attuazione della Costituzione tra Magistratura e Corte costituzionale*, in *Scritti in onore di Costantino Mortati. Aspetti e tendenze del diritto costituzionale*, vol. 4, *Le garanzie giurisdizionali e non giurisdizionali del diritto obiettivo*, Milano, 1977, p. 503 ss.; poi riprodotto nel bel volume curato dai suoi allievi *Idee in cammino. In dialogo con i costituzionalisti bresciani*, Cacucci, Bari, 2019, pp. 57 ss. La frase riportata nel testo si legge a p. 144 del volume da ultimo indicato.

attuazione” alla sentenza della Corte costituzionale, in assenza di una legge statale in materia.

2. La vicenda normativa dell’aiuto al suicidio.

Un breve cenno è preliminarmente doveroso in relazione alla vicenda assai particolare e assai discussa, anche nell’ambito della dottrina giuridica costituzionalistica, aperta dapprima con l’ordinanza n. 207/2018 e definita con la richiamata sentenza del 2019.

Entrambe le pronunce hanno avuto ad oggetto, come si sa, una norma penale (l’art. 580 del codice penale), di cui la Corte ha dichiarato l’incostituzionalità in relazione a chi “agevola l’esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente”.

Mediante tale pronuncia, la Corte è intervenuta su una norma penalistica ma ha, al contempo, introdotto una procedura “medicalizzata” per poter consentire a chi si trovi nelle condizioni indicate nel dispositivo della sentenza di poter essere aiutato a morire. Ci si è chiesti, al riguardo, se - a seguito della pronuncia - si possa parlare di un vero e proprio “diritto all’aiuto al suicidio”; sul punto le posizioni della dottrina non sono univoche: alla maggioranza che ritiene che questo sia l’esito necessario della pronuncia della Corte³, ribattono altri che ne traggono, al contrario, “l’inesistenza del dovere di assistere nel suicidio, con la conseguente inesistenza del diritto di essere assistiti nel suicidio”⁴. La questione è discussa, ma certamente i diversi casi che cominciano a presentarsi nella prassi pongono il tema esattamente in questi termini, e le amministrazioni sanitarie si trovano di fronte a domande alle quali devono dare risposte.

A tale riguardo occorre chiarire che, come correttamente è stato rilevato⁵, se la Corte costituzionale “introduce” un determinato istituto, questo deve ritenersi *imposto* dalla Costituzione: pertanto “non si tratta di una scelta ‘politica’, tra diverse opzioni

³ Per tutti, P. ZATTI, *La questione dell’aiuto medico a morire nella sentenza della Corte costituzionale: il “ritorno al futuro” della l. 219/2017*, in *Responsabilità medica*, n. 1/2022, 157 ss. Osserva giustamente C. TRIPODINA, *La “circoscritta area” di non punibilità dell’aiuto al suicidio. Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2019, pag. 14 che, sebbene la Corte non si esprima con chiarezza sull’esistenza di un diritto siffatto, tuttavia “non si vede la ragione per la quale la Corte abbia dovuto scrivere una sentenza così dirompente sotto molteplici profili, per lasciare nelle mani di persone in condizioni di intollerabile sofferenza fisica o psichica solo la libertà di esprimere una richiesta”.

⁴ 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 *Diritti fondamentali*, n. 1/2020.

⁵ Da M. LOSANA – G. SOBRINO, *Brevi osservazioni sulla pdl regionale n. 295/2023 in tema di suicidio assistito*, in *Il Piemonte delle autonomie*, n. 2/2024, pp. 226 ss.

possibili, ma di una scelta costituzionalmente obbligata (in quanto imposta, appunto, dalla Costituzione)”. Dunque, a tale istituto occorre dare attuazione⁶.

Ciò pone un interrogativo che, per semplicità, potremmo articolare in *cosa* si dovrebbe attuare, *chi* dovrebbe attuare, e infine *come* (ovvero con quale tipo di atto) attuare.

3. Possibili contenuti (necessari?) della disciplina legislativa statale.

Consideriamo dapprima gli ambiti che dovrebbero essere regolati per dare attuazione alla disciplina in essere. Ne indico alcuni.

In primo luogo, la legge dovrebbe essere una legge “sanitaria” e non una legge penale: se quello in questione, come configurato dalla Corte, è un istituto che abbisogna di procedure di tipo amministrativo in ambito sanitario, è al modello della legge n. 219/2017 oltre che a quello della legge n. 38/2010 che occorre guardare (come invita a fare la Corte⁷), facendo sistema della disciplina del consenso informato, della pianificazione condivisa delle cure, delle cure palliative, e così via. Detto in altri termini, occorre passare dal diritto penale al diritto sanitario, con ciò che ne consegue anche in termini di giurisdizione.

La legge avrebbe poi il compito (e la responsabilità) di definire più adeguatamente di quanto non possa fare una pronuncia giurisdizionale (che, pur all’interno di un giudizio astratto, non può che avere a riferimento una situazione concreta) le condizioni in presenza delle quali sia possibile realizzare quel delicato equilibrio tra la libertà all’autodeterminazione e il dovere di solidarietà sociale nel garantire sostegno a chi è nella malattia⁸.

Ancora, si dovrebbero definire le prestazioni da garantire, da parte del sistema sanitario, alle persone cui sia riconosciuta la possibilità di farsi aiutare a morire. La pronuncia esige che si tratti di una procedura di tipo sanitario, quindi previa “verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l’aiuto” e con le garanzie poste dalla legge n. 219/2017 e mediante il preventivo ricorso alle cure palliative di cui alla legge n. 38/2010. L’intervento regolatorio (normativo o amministrativo? Questo punto si vedrà subito) dovrebbe dunque (almeno) definire le modalità mediante cui *verificare la sussistenza* dei requisiti per essere aiutati a morire: ma anche (mi pare) stabilire come il personale medico

⁶ Come ha ribadito la Corte nella sentenza n. 135 del 2024, è suo compito “*fissare il limite minimo, costituzionalmente imposto* alla luce del quadro legislativo oggetto di scrutinio, della tutela di ciascuno di questi principi, restando poi ferma la possibilità per il legislatore di individuare soluzioni che assicurino all’uno o all’altro una tutela più intensa” (corsivo aggiunto).

⁷ Come si legge nell’ordinanza n. 207 del 2018, la disciplina potrebbe essere “introdotta, anziché mediante una mera modifica della disposizione penale di cui all’art. 580 cod. pen. (...) inserendo la disciplina stessa nel contesto della legge n. 219 del 2017 e del suo spirito, in modo da inscrivere anche questa opzione nel quadro della “relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico”, opportunamente valorizzata dall’art. 1 della legge medesima”.

⁸ A. PATANÉ, *Sentenza Cappato-Antoniani e diritto alla vita: un “testamento costituzionale” al legislatore che non ha ancora trovato un esecutore*, in *Federalismi*, n. 36/2020, p. 104.

(pubblico o privato che sia) debba accompagnare l'interessato nell'attuazione della propria scelta.

Occorrerebbe poi chiarire se, una volta svolta la fase di verifica delle condizioni, la procedura di aiuto al suicidio debba essere in carico al servizio sanitario⁹ (sia con la messa a disposizione di personale, farmaci ed attrezzature e la relativa copertura delle spese) oppure no: anche al fine di evitare soluzioni diverse da regione a regione (come già avvenuto: in Veneto l'azienda sanitaria ha fornito i mezzi materiali necessari, in Toscana no, e quindi l'interessato ha dovuto provvedere da solo¹⁰).

Qualora poi si stabilisse che la procedura non possa essere posta a carico del servizio sanitario (ad esclusione dell'accertamento delle condizioni, aspetto che è imposto dalla sentenza della Corte) si potrebbe definire quali debbano essere i requisiti dell'"aiutante al suicidio": se debba essere un medico (direi senz'altro di sì, alla luce di ciò che stabilisce la sentenza della Consulta), se lo debba fare volontariamente o meno (non nel senso che possa essere obbligato a farlo, ma nel senso che possa essere un medico del servizio sanitario pubblico, con – in questo secondo caso – la possibilità di riconoscere o meno un diritto all'obiezione di coscienza), quali responsabilità possano essergli imputate, e così via. A tale riguardo ricordo che la sentenza della Corte, negando la possibilità che in questi casi si possa riconoscere un diritto all'obiezione di coscienza, ha motivato questo con il ritenere che la propria decisione non crei "alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato". Ma la legge potrebbe individuare soluzioni diverse.

Infine, si tratterebbe di definire meglio la natura e le funzioni dell'organo collegiale "terzo" cui spetta il compito, per la Consulta, di "garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità". Per la sentenza della Corte, "nelle more dell'intervento del legislatore, tale compito è affidato ai comitati etici territorialmente competenti": la regolazione auspicata dovrebbe superare anche questa situazione di precarietà.

4. A chi spetta la regolazione della materia?

La decisione in ordine al "cosa" incide evidentemente anche sulla competenza in materia (tra Stato e Regioni, ma considerando anche il ruolo del sistema sanitario).

⁹ In tal senso era la lettera inviata dall'allora Ministro della salute Speranza ai Presidenti di Regione (2022). Sul punto v., tra le altre, la vicenda che si è posta davanti al Tribunale di Ancona (e da questi definita con ord. 26 marzo 2021), su cui le annotazioni critiche di L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi*, in *Rivista AIC*, n. 1/2024, pp. 385 ss.

¹⁰ In questo caso il tema non è soltanto quello del costo materiale, ma anche della fatica di costringere il paziente che si trovi nelle condizioni indicate a trovare una persona che si procuri i farmaci necessari, e per quest'ultima a recarsi in farmacia per acquistare farmaci che sono destinati a procurare la morte. Sottolinea questo passaggio, insieme ai molti altri che si sono posti in una procedura di aiuto al suicidio svoltasi in Toscana G. MARSICO, *Accogliere una richiesta di "aiuto a morire" può restituire uno spazio di vita?* in *Liber amicorum per Paolo Zatti*, I, Napoli, 2023, 839 ss.

È evidente che a tale riguardo non si possa prescindere dall'individuazione degli ambiti da regolare: né è possibile considerarli unitariamente, nel senso cioè che non tutti gli ambiti da ultimo rilevati possono essere definiti da un medesimo soggetto. Se, per fare un esempio, si potrebbe ritenere che la decisione in ordine alle responsabilità da attribuire al servizio sanitario possa costituire oggetto di un intervento regionale, è evidente che al contrario la scelta di ampliare le condizioni che legittimano l'accesso al suicidio medicalmente assistito rispetto a quelle indicate dalla Corte non può che di essere competenza del legislatore statale¹¹.

Detto questo, va rilevato come l'intervento che sarebbe preferibile e che, almeno in prospettiva ideale, risulterebbe prioritario sarebbe quello del legislatore statale, come lascia intendere la stessa pronuncia della Corte costituzionale: "Questa Corte non può fare a meno di ribadire con vigore l'auspicio che la materia formi oggetto di sollecita e compiuta disciplina da parte del legislatore, conformemente ai principi precedentemente enunciati"¹².

Si osservi come la Corte si riferisca genericamente al *legislatore*, e non al legislatore *statale*: sebbene ciò possa consentire anche una lettura favorevole ad un intervento legislativo regionale (come si dirà), tuttavia ritengo di poter affermare che l'*intentio* della Corte sia riferibile alla legge del Parlamento e non delle singole regioni¹³.

Tuttavia il legislatore nazionale non sembra intenzionato ad intervenire, almeno fino ad oggi.

Nella parte finale della XVIII legislatura la Camera dei deputati approvò in prima lettura un disegno di legge dal titolo "Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita", frutto di un'iniziativa popolare e di numerosi disegni di legge presentati dalle varie forze politiche¹⁴. Trasmesso al Senato (S 2553), il testo si è arenato in Commissione, ed è decaduto con la fine della legislatura.

Nella successiva (e presente) legislatura sono state presentate undici proposte di legge in materia (7 alla Camera e 4 al Senato): alcune ripropongono il testo approvato dalla Camera della legislatura precedente, altre introducono alcune varianti. Merita al riguardo considerare due aspetti: nessuna delle undici proposte viene da esponenti della maggioranza parlamentare, ma soltanto da parlamentari di opposizione; in secondo luogo, di nessuna di queste è ancora iniziato l'esame (sebbene le prime siano state

¹¹ P. F. BRESCIANI, *Si può regionalizzare il fine vita? Note minime sull'idea di attuare la sent. n. 242 del 2019 con leggi regionali*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, n. 3/2023, pp. 127 ss.

¹² In tal senso sono peraltro le legislazioni di numerosi Paesi, che hanno adottato misure "facoltizzanti o compromissorie": cfr. G. BATTISTELLA, *La legislazione sul fine vita: profili di politica legislativa e di comparazione*, in *Dir. pubb. comp. ed europeo*, n. 2/2021, pp. 197 ss.

¹³ Chi contesta la necessità di una legge in materia rileva che in verità un vuoto normativo non esiste, in quanto vi è la legge n. 38/2010: essendo previste le cure palliative, secondo questa posizione, non avrebbe senso prevedere un'ulteriore disciplina. Anzi, si sottolinea che il "vuoto normativo" venga invocato soltanto allo scopo di introdurre l'eutanasia nel nostro ordinamento.

¹⁴ Su cui v. R. MASONI, *La via legislativa al fine vita: prima lettura del testo "Morte volontaria medicalmente assistita" approvato dalla Camera dei deputati*, in *Diritto di Famiglia e delle Persone*, n. 3/2022, pp. 1252 ss.

presentate nell'ottobre del 2022). Considerazioni che inducono a ritenere che un intervento legislativo statale non vi sarà, almeno a breve termine.

5. L'ipotesi di una legge regionale in materia.

Nell'inerzia del legislatore nazionale, si pone dunque il tema del possibile intervento regionale, sollecitato anche da una nota del Ministero della Salute di novembre 2021 inviata alla Conferenza Stato Regioni e in cui si individua la responsabilità del Servizio sanitario nazionale e dare attuazione alle statuizioni della Corte costituzionale¹⁵.

In primo luogo, consideriamo l'ipotesi di un intervento mediante un atto di tipo legislativo.

Le Regioni che sin qui hanno attivato la procedura legislativa sono sedici: sette sulla base di una proposta di iniziativa popolare (Piemonte, Abruzzo, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Veneto, Toscana ed Emilia-Romagna¹⁶); una mediante iniziativa di alcuni Consigli comunali (Basilicata); otto su proposta presentata da consiglieri regionali (Puglia, Valle d'Aosta, Sardegna, Marche, Calabria, Liguria, Lazio e Umbria¹⁷). Ciò è stato reso possibile anche in forza dell'attivismo dell'Associazione Luca Coscioni che ha predisposto un "testo base" (che in molti casi è stato riprodotto e in altri è stato rivisto¹⁸).

Non è possibile, in questa sede, analizzare il contenuto di tali proposte: ci si limiterà a qualche considerazione in merito all'ammissibilità (peraltro avvertendo, come necessario, che la stessa deve essere valutata in ragione del contenuto delle proposte¹⁹), ed in specie all'ammissibilità riferita al contesto costituzionale.

Partiamo da alcuni documenti di carattere istituzionale.

L'Avvocatura generale dello Stato ha reso un parere alla Regione Veneto sulla proposta di iniziativa popolare in materia²⁰, ritenendo – nella sostanza – che tale disciplina rientri nella materia di cui all'art. 117, secondo comma, lett. l), ed esuli quindi dalle competenze regionali in quanto la disciplina di fonte regionale potrebbero

¹⁵ Su tale Nota v. criticamente, M. G. NACCI, *Il contributo delle Regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Note a margine di due iniziative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, n. 1/2023, pp. 100 ss.

¹⁶ Sulla complessa vicenda che ha riguardato quest'ultima Regione v. B. VIMERCATI, *L'intricato intreccio di fonti sul suicidio medicalmente assistito: il caso dell'Emilia-Romagna*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 1/2024.

¹⁷ Per un'analisi delle proposte di legge pugliese e marchigiana v. M. G. NACCI, *op. cit.*, pp. 93 ss.

¹⁸ Vedi nel dettaglio le informazioni contenute in L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, in *Osservatorio AIC*, n. 3/2024, pp. 171 ss.

¹⁹ Come sottolinea opportunamente P. F. BRESCIANI, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita. Uno studio su autonomia regionale e prestazioni sanitarie eticamente sensibili*, in *Corti supreme e salute*, n. 1/2024, p. 15, "una cosa sono 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)".

²⁰ Nota del 15 novembre 2023 Affari Cs 39326/23 e 40525/23 Sez. AG.

determinare “una ingiustificabile disparità di trattamento, per casi analoghi, sul territorio nazionale, ledendo anche la competenza esclusiva dello Stato” nella disciplina dei livelli essenziali di assistenza di cui alla lett. *m*) del medesimo comma. E ciò sebbene, si legge ancora nella Nota, che la proposta normativa “intersechi indubbiamente una pluralità di materie, alcune delle quali anche di competenza legislativa concorrente delle Regioni, come, appunto, la tutela della salute”. In definitiva quindi, secondo l’Avvocatura dello Stato, “l’eventuale approvazione della proposta in questione potrebbe esporsi a rilievi di non conformità al quadro costituzionale di riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni”.

Di diverso avviso è stato il parere reso dalla Consulta di Garanzia statutaria della Regione Emilia-Romagna la quale, sulla base di una motivazione puntuale dei diversi profili meritevoli di considerazione, è giunta alla conclusione della sussistenza di uno spazio per la legislazione regionale sulla base della competenza regionale concorrente in materia di tutela della salute, e relativamente alle “norme organizzative e procedurali per l’erogazione di prestazioni sanitarie”.

Analoga conclusione è quella cui è giunto il Collegio regionale delle Garanzie Statutarie della Regione Abruzzo nel parere n. 1/2023, ove si legge che la proposta di legge regionale si pone nelle coordinate indicate dalla Costituzione e dallo statuto regionale, “avendo la finalità di dettare disposizioni di organizzazione sanitaria, affinché la pretesa dell’aiuto al suicidio, così come definita dalla Corte costituzionale, possa essere soddisfatta nell’ambito del servizio pubblico sanitario”. Anche La Commissione di Garanzia del Consiglio regionale del Piemonte, nel parere n. 1/2023, è giunto alla medesima conclusione, ritenendo che la proposta di legge in questione “sollecita il Consiglio regionale a dotarsi di una normativa che, coerentemente con il riparto di competenze prescritto in Costituzione, possa organizzare le procedure mediante le quali tale volontà possa essere espletata, nella convinzione che non organizzare significa svuotare di effettività il diritto, mentre, al contrario, organizzare significa conciliare le diverse posizioni soggettive in gioco, permettendo di scegliere e assicurando il rispetto dei valori costituzionali e dei principi generali dell’ordinamento”.

Dunque, i tre organi di garanzia statutaria sono favorevoli ad un intervento legislativo, mentre un orientamento contrario è espresso dall’Avvocatura dello Stato.

Non è qui possibile, evidentemente, analizzare le motivazioni che sorreggono tali pronunciamenti, ma una considerazione mi pare doverosa circa il parere dell’organo di difesa erariale. Quest’ultimo sembra motivare l’esigenza di un intervento statale non tanto sulla base del riparto di competenza costituzionalmente definito, ma considerato in relazione alle conseguenze fattuali che un intervento da parte delle Regioni potrebbe provocare: ovvero “una ingiustificabile disparità di trattamento, per casi analoghi, sul territorio nazionale”. La considerazione merita una valutazione positiva, ma non considera che tale situazione è già in essere, stante la sentenza della Corte costituzionale e la connessa mancanza di un intervento statale: onde non sarebbe l’esercizio della potestà legislativa regionale a provocare questo stato di cose. Anzi, un intervento regionale potrebbe almeno creare una uniformità a livello regionale, mentre allo stato di cose è possibile un comportamento diverso da

un'azienda sanitaria ad un'altra (come, ad esempio, avviene in Regione Toscana, dove la disciplina è stata dettata da un'Azienda sanitaria locale²¹), se non addirittura caso per caso. Va infatti considerato che la motivazione di un intervento regionale è principalmente connessa alla necessità di stabilire in modo unitario (per il livello regionale) le modalità operative ed organizzative derivanti dall'applicazione della sentenza della Corte costituzionale: in sostanza, allorché una persona richiede di essere aiutata a morire trovandosi nelle condizioni indicate dalla sentenza, l'azienda sanitaria competente deve attivarsi per rispondere a tale richiesta, secondo quanto richiede la sentenza della Corte²². Si tratta in particolare di definire, a mo' di esempio: a chi spetta presentare la richiesta e in quale forma; a quale organo è attribuita la competenza a verificare la sussistenza delle condizioni richieste; in quali termini di tempo questo deve avvenire; come deve essere acquisito il parere del comitato etico; quale deve essere la procedura con cui la persona interessata pone fine alla propria vita; i rapporti da tenere con l'interessato e con le persone a questo vicine; le modalità di risoluzione di eventuali conflitti tra organo valutatore e comitato etico; le modalità con cui viene assunta la decisione finale e la sua comunicazione.

In ogni caso, come è del tutto evidente, la parola definitiva sull'ammissibilità di una legge regionale in materia (lo si ripete: in generale, mentre altro è il discorso sui contenuti specifici della stessa) potrà essere data solo dalla Corte costituzionale, allorquando una regione approvi la legge e il Governo decida di sottoporla al giudizio della Corte costituzionale (oppure a seguito di un giudizio in via incidentale). Potrebbe essere questa l'occasione, per la Corte, di tornare sulla vicenda normativa complessiva e definire meglio anche alcuni aspetti rimasti incerti.

6. L'ipotesi di un atto amministrativo regionale.

A fronte della necessità di un intervento di carattere generale di fonte regionale, si è proposta una via alternativa alla *legge* regionale: tra chi dubita della configurabilità di uno spazio per un intervento legislativo regionale (stante "l'oggettiva concorrenza di competenze, anche con materie riservate in via esclusiva allo Stato") vi è chi ritiene percorribile la soluzione di atti amministrativi da parte delle Regioni, con cui le stesse potrebbero definire "gli snodi organizzativi necessari a garantire l'effettività della disciplina di accesso al suicidio medicalmente assistito", ritenendo che sulla legittimità di un siffatto provvedimento vi sarebbe *nulla quaestio*²³.

²¹ Mediante una Deliberazione del Direttore generale (dell'Azienda sanitaria Toscana Nord Ovest).

²² Come sottolinea P. VERONESI, *A primissima lettura: se cambia, come cambia e se può ulteriormente cambiare il "fine vita" in Italia dopo la sentenza n. 135 del 2024*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 3/2024, p. 253, è significativo "che nella sent. n. 135, la Corte sottolinei (per l'ennesima volta) la necessità che il Servizio Sanitario Nazionale si dedichi al puntuale rispetto delle condizioni indicate nella sentenza n. 242/2019 (come ora efficacemente interpretata dalla sent. n. 135/2024). *La Corte invita per-ciò tutti i soggetti coinvolti a operare sin da subito nel solco di quanto viene adesso (nuovamente) stabilito (e ulteriormente) precisato*" (corsivo aggiunto).

²³ È la posizione di L. BUSATTA, *op. cit.* Ritiene inadeguato ed inopportuno un intervento legislativo regionale in materia anche L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi*, in *Rivista AIC*, n. 1/2024, pp. 385 ss., il quale richiama

La questione di quale tipo di atto sia possibile (oltre che opportuno e preferibile) attiene a diversi profili. Se infatti da un punto di vista politico si può comprendere come approvare una delibera di Giunta risulti più agevole rispetto ad una legge consiliare (a meno che, sempre per ragioni di natura politica, si voglia andare in Consiglio per superare divisioni o evitare spaccature in Giunta, come insegna la vicenda che si è avuta in Regione Veneto²⁴), tuttavia altri piani devono essere considerati. In primo luogo quello della competenza e quindi dell'efficacia dell'atto.

Per quanto detto, un atto regionale dovrebbe regolare diversi ambiti, che vanno dalle modalità di presentazione dell'istanza di aiuto al suicidio alla disciplina delle modalità di accertamento delle condizioni personali, dai requisiti che si richiedono al personale che accompagna alla morte alle modalità di soluzione di eventuali conflitti tra organo valutatore (che deve essere definito dalla Regione) e comitato etico, dalle modalità di aiuto al suicidio alle responsabilità dell'azienda sanitaria nella procedura complessiva, come anche della possibilità per il personale medico della struttura pubblica coinvolto (almeno nella valutazione) di astenersi dal farlo per ragioni di coscienza, e così via. Si tratta, come è evidente, di valutazioni che richiedono un certo margine di discrezionalità politica, e che non possono considerarsi soltanto di natura tecnica ed amministrativa: ragioni che fanno propendere per ritenere preferibile la via legislativa. Né si potrebbe inferire che, in tale materia, esista una riserva di amministrazione: al di là dei noti profili sulla sussistenza di tale riserva e sulla legittimità di leggi provvedimento²⁵, in questo caso non mi pare dubbio che, per quanto detto, uno spazio di regolazione esuli certamente dai confini dell'attività amministrativa.

nella medesima direzione il Documento di sintesi del gruppo di lavoro in materia di aiuto medico al morire (“Aiuto medico a morire e diritto: per la costruzione di un dibattito pubblico in materia di aiuto medico al morire”) dell' 11 settembre 2019, nonché il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, Riflessioni bioetiche sul suicidio del 18 luglio 2019. La via dell'atto amministrativo è stata percorsa sin qui dalla Regione Puglia (con D.G.R. n. 18 del 18 gennaio 2023) e dalla Regione Emilia-Romagna: quest'ultima, con deliberazione della Giunta regionale 5 febbraio 2024, n. 194, ha attribuito al Comitato Regionale per l'etica nella Clinica anche la funzione “fornire pareri relativi a richieste sul fine vita, per gli aspetti che esulano da quelli normati dalla Legge n. 219/2017”. Contro tale delibera è stato proposto ricorso al giudice amministrativo: cfr. P. VERONESI, *A primissima lettura*, cit., p. 241 nota 5.

²⁴ La Regione Veneto è stata la prima a discutere in Consiglio regionale la proposta di legge: il 14 gennaio 2024 il Consiglio ha respinto i due articoli della proposta di legge (di iniziativa popolare, predisposta dall'Associazione Luca Coscioni) (il primo e il secondo) su cui si è votato: a fronte dei 26 voti favorevoli necessari all'approvazione ve ne sono stati 25 (con 22 contrari, 3 astenuti e un assente). Pertanto, la proposta è stata rinviata in Commissione ma senza speranze per la sua riproposizione (cfr. *In Veneto non è passata la legge sul suicidio assistito*, in *Il Post* (<https://www.ilpost.it/2024/01/16/veneto-legge-suicidio-assistito-prima-regione/>)). Si può ritenere che, considerate le divisioni interne alla stessa maggioranza di governo regionale (oltre che a quelle dell'opposizione), la scelta di portare direttamente la discussione in Consiglio sia stata anche determinata dalle difficoltà di superare le divisioni in Giunta regionale.

²⁵ Su cui v., da ultimo, A. MITROTTI, *‘Riserva di Amministrazione’ versus ‘Amministrazione per Legge’*. *Tendenze ed evoluzioni tra prassi politica, giurisprudenza ed una rilettura dogmatica*, in *Nomos*, n. 3/2020, pp. 1 ss.

A ciò si aggiunga che, sul piano della controllabilità, una legge – oltre ad avere un procedimento più partecipato e trasparente – può anche essere sottoposta al giudizio della Corte costituzionale in riferimento a tutti i parametri costituzionali invocabili con il ricorso statale, mentre un atto amministrativo potrebbe giungere alla cognizione della Corte soltanto a seguito di un ricorso per conflitto di attribuzione, e quindi in relazione alla presunta violazione di competenze statali.

Né sembra decisiva l'obiezione in forza della quale un'eventuale legge regionale avrebbe comunque bisogno di un'attuazione mediante atti amministrativi²⁶: ciò può avere un qualche rilievo sui tempi necessari a dare regolazione compiuta sulla materia, ma non può rilevare ai fini del rispetto delle competenze e dei contenuti dell'intervento regolatorio.

7. Della chiamata in sussidiarietà invertita.

Per concludere.

La materia dell'aiuto al suicidio è di evidente importanza e gravità, per la rilevanza dei principi costituzionali coinvolti. In tale ambito, come affermato dalla Corte, “la sottrazione pura e semplice di tale condotta alla sfera di operatività della norma incriminatrice (dà) luogo a intollerabili vuoti di tutela per i valori protetti, generando il pericolo di abusi “per la vita di persone in situazioni di vulnerabilità” (sentenza n. 242 del 2019).

Come ribadito dalla successiva pronuncia (sentenza n. 135 del 2024), non può non essere riconosciuto, nell'ambito della cornice definita dalla stessa Corte, “un significativo spazio alla discrezionalità del legislatore, al quale spetta primariamente il compito di offrire una tutela equilibrata a tutti i diritti di pazienti che versino in situazioni di intensa sofferenza”.

Da qui l'invito, già affermato nell'ordinanza n. 207 del 2018, ribadito nella sentenza n. 242 del 2019 e da ultimo nella sentenza n. 135 del 2024, a che “il legislatore e il servizio sanitario nazionale intervengano prontamente ad assicurare concreta e puntuale attuazione ai principi fissati” dalla propria giurisprudenza, “ferma restando la possibilità per il legislatore di dettare una diversa disciplina, nel rispetto dei principi richiamati dalla presente pronuncia”.

In questo contesto, la perdurante inerzia del legislatore statale rischia di lasciare spazio “a intollerabili vuoti di tutela per i valori protetti”: in un ambito che, come affermato ancora dalla Corte, investe necessariamente le competenze del Servizio sanitario nazionale, e quindi la materia “tutela della salute” in cui le regioni a statuto ordinario hanno competenza legislativa concorrente²⁷.

Da qui la prospettiva di un intervento da parte delle Regioni in funzione, come ricordava Onida relativamente all'opera dei giudici, di “un'utilizzazione in funzione di

²⁶ L. BUSATTA, *op. cit.*, p. 189.

²⁷ A meno di non ritenere, come fa ad esempio M. G. NACCI, *op. cit.*, p. 109, che l'intervento sanitario richiesto non abbia a che vedere con la tutela della salute: basti, al contrario, ricordare che se così fosse non si capirebbe perché la sentenza della Corte abbia previsto una procedura medicalizzata ed abbia espressamente affermato “l'inerenza della materia considerata alla relazione tra medico e paziente”.

promozione positiva e di ampliamento delle sfere di libertà e di situazioni socialmente rilevanti e costituzionalmente protette”. Si tratterebbe di un’ipotesi di “cedevolezza invertita”, in forza della quale, come indicato dalla sentenza n. 1 del 2019 della Corte, “l’intervento che il legislatore regionale può anticipare nell’inerzia del legislatore statale” la disciplina di una parte almeno della materia che spetterebbe al legislatore statale regolare, allorché tale intervento attenga a materie di competenza concorrente della Regione. Come ha recentemente affermato una pronuncia del Consiglio di Stato²⁸, si tratta di “una cedevolezza che (...) opera al contrario rispetto al suo normale funzionamento”, che si ha quando “il vuoto normativo/regolamentare è provocato dallo Stato ed è la regione, in forza di competenze almeno in parte anche ad essa attribuite (...), che può decidere di intervenire in via suppletiva per il tempo strettamente necessario alla adozione della normativa statale di riferimento”.

Dunque, un’ipotesi di *chiamata in sussidiarietà invertita*, che non tradirebbe, ma anzi valorizzerebbe, quanto la Corte costituzionale scrisse nella celebre sentenza sulla “chiamata in sussidiarietà”: “é del resto coerente con la matrice teorica e con il significato pratico della sussidiarietà che essa agisca come *subsidiium* quando un livello di governo sia inadeguato alle finalità che si intenda raggiungere” (sentenza n. 303 del 2003). In questo caso l’inadeguatezza non sarebbe determinata da una carenza di potestà, ma dalla volontà (o dalla incapacità) di esercitarla da parte dello Stato, e le Regioni potrebbero (o dovrebbero) assumersi la responsabilità di far sì che i principi costituzionali, come ricostruiti nella fattispecie indicata dalla Corte costituzionale, possano ottenere adeguata attuazione.

²⁸ Consiglio di Stato -Sez. V- Sentenza n. 7124 del 13-08-2024