



**CONSULTA ONLINE**

PERIODICO TELEMATICO ISSN 1971-9892



2024 FASCICOLO III

**Alessandro Candido**

**Il “fine vita” tra Stato e Regioni**

2 settembre 2024

**IDEATORE E DIRETTORE: PASQUALE COSTANZO**  
**CONDIRETTRICE: LARA TRUCCO**



## Alessandro Candido Il “fine vita” tra Stato e Regioni\*

Sommario: 1. Il “*punctum dolens*” da cui muove una recente proposta di legge ligure: dall’ordinamento non si ricava mai il diritto a ricevere una prestazione di morte. La [sentenza della Corte costituzionale n. 135 del 18 luglio 2024](#). – 2. Il contrasto della disciplina regionale sul “fine vita” con la riserva statale in materia di “ordinamento civile e penale”, di cui all’art. 117, comma 2, lett. l), della Costituzione. – 3. Il contrasto della disciplina regionale sul “fine vita” con la competenza trasversale statale sui livelli essenziali di prestazioni, di cui all’art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione. – 4. L’impossibilità di ricondurre il “fine vita” alla competenza concorrente “tutela della salute” e l’inapplicabilità della clausola di cedevolezza normativa. – 5. Una conclusione sulla proposta di legge ligure: cronaca di una incostituzionalità annunciata?

**Abstract:** *The paper analyses the Ligurian legislative proposal on the end of life, currently under discussion at the Ligurian Regional Council. Given that the Constitution never recognises a person’s right to receive a death benefit, as recently reaffirmed by the Constitutional Court in its [ruling no. 135 of 18 July 2024](#), the legislation under consideration appears to be unconstitutional because it infringes on the division of competences between the State and the Regions. In particular, the regional discipline contrasts with the State’s reserve in the matter of civil and criminal law (art. 117, paragraph 2, letter l), of the Constitution), with the transversal State competence in the matter of essential levels of services (art. 117, paragraph 2, letter m), of the Constitution); moreover, the discipline of the end of life does not appear to be referable to the matter of “protection of health”, within which, in any case, the fundamental State principles are absent. Lastly, the principle of regulatory flexibility appears inapplicable.*

1. Il “*punctum dolens*” da cui muove una recente proposta di legge ligure: dall’ordinamento non si ricava mai il diritto a ricevere una prestazione di morte. La [sentenza della Corte costituzionale n. 135 del 18 luglio 2024](#)

---

\*  Contributo pubblicato ai sensi dell’art. 3, comma 13, del Regolamento della Rivista. Lo scritto sviluppa e approfondisce il contenuto dell’audizione svolta presso il Consiglio regionale della Liguria, II Commissione Salute e Sicurezza Sociale, in data 17 giugno 2024.

Alessandro Candido è Ricercatore “senior” di Istituzioni di diritto pubblico nell’Università degli Studi di Milano Bicocca.



Presso la II Commissione Salute e Sicurezza Sociale del Consiglio regionale della Liguria è attualmente in corso la discussione sulla proposta di legge elaborata dall'Associazione Luca Coscioni e rubricata «Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della [sentenza n. 242/19 della Corte costituzionale](#)»<sup>1</sup>.

Sin dalla rubrica del testo normativo emerge l'inesatto presupposto di partenza da cui esso muove, sia in fatto, sia in diritto, che trova conferma nella parte in cui, all'art. 1, comma 1<sup>2</sup>, viene disposto che la legge rinviene la sua *ratio* nell'esigenza di rispettare i «principi stabiliti dalla [sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019](#)».

Ancor prima di entrare nel merito del tema oggetto del presente contributo, attinente alla questione della ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni in materia di "fine vita"<sup>3</sup>, appare opportuno svolgere alcune brevi considerazioni introduttive, anche a fronte della recentissima sentenza della Corte costituzionale, la [n. 135 del 18 luglio 2024](#)<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Si tratta della p.d.l. n. 171 del 22 gennaio 2024 (di iniziativa dei Consiglieri Pastorino, Tosi, Ugolini, Natale, Ioculano, Garibaldi Luca, Sanna, Arboscello, Sansa, Candia, Centi), rubricata «Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della [sentenza n. 242/19](#) della Corte Costituzionale». Il testo normativo è stato elaborato e promosso dall'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica Aps, che si è attivata in diverse Regioni per la raccolta di firme, al fine di presentare ovunque il medesimo testo di una proposta di legge regionale di iniziativa popolare, con l'obiettivo di riuscire a garantire nei vari territori l'effettività del percorso di richiesta di "suicidio medicalmente assistito". La [proposta di legge](#) è stata presentata anche in diversi Consigli regionali: per un primo commento critico, cfr. M. RONCO, D. MENORELLO, "Legge Cappato": la scorciatoia regionale è incostituzionale, in [Centro Studi Livatino](#), 30 ottobre 2023.

<sup>2</sup> La norma è rubricata «Finalità».

<sup>3</sup> Si rinvia a F. PIERGENTILI, F. VARI, *Prime notazioni sulla legge regionale del Friuli-Venezia Giulia in materia di fine vita*, in [Diritti Regionali](#), n. 3 del 2023, 850 ss.; 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 questa [Rivista](#), 2024/I, 69 ss.; O. PINI, *Welfare regionale e nuove frontiere di tutela dei diritti: la proposta di legge regionale in tema di suicidio medicalmente assistito*, in *le Regioni*, nn. 2-3 del 2023, 285 ss.; M.G. NACCI, *Il contributo delle Regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Note a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, in [Rivista Gruppo di Pisa](#), n. 1 del 2023; 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 del 2023, 127 ss.; *id.*, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita. Uno studio su autonomia regionale e prestazioni sanitarie eticamente sensibili*, in [Corti supreme e Salute](#), n. 1 del 2024, 1 ss.

<sup>4</sup> Cfr. [Corte cost., sent. n. 135 del 2024](#), con il commento di A. RUGGERI, [La Consulta equilibrata sul filo del fine-vita \(a prima lettura di Corte cost. n. 135 del 2024\)](#), in questa [Rivista](#), 2024/II, 931 ss. Sulle questioni di costituzionalità che hanno portato a tale decisione, si rinvia a F. PIERGENTILI, A. RUGGERI, F. VARI, *Verso la "liberalizzazione" del suicidio assistito? (Note critiche ad una questione di costituzionalità sollevata dal Gip di Firenze)*, in [Dirittifondamentali.it](#), n. 1 del 2024, 219 ss., nonché D.C. LEOTTA, [L'aiuto al suicidio del malato tenuto in vita da un trattamento di sostegno vitale: l'art. 580 cod. pen. torna davanti alla Corte costituzionale](#), in questa [Rivista](#), 2024/II, 693 ss.



Preliminarmente, va infatti rilevato che – come già aveva fatto l'[ordinanza n. 207 del 2018](#)<sup>5</sup> – la nota [sentenza n. 242 del 2019](#) non ha mai riconosciuto il diritto a ricevere una prestazione dal Servizio Sanitario Nazionale e, men che meno, il diritto a morire<sup>6</sup>. La Corte costituzionale, infatti, attraverso la decisione in questione, ha statuito che «dall'art. 2 Cost. – non diversamente che dall'art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire. Che dal diritto alla vita, garantito dall'art. 2 CEDU, non possa derivare il diritto di rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire, è stato, del resto, da tempo affermato dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, proprio in relazione alla tematica dell'aiuto al suicidio (sentenza 29 aprile 2002, [Pretty contro Regno Unito](#))»<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Cfr. [Corte cost., ord. n. 207 del 2018](#). Sono tantissimi i commenti alla decisione, tra i quali si richiamano: A. RUGGERI, [Venuto alla luce alla Consulta l'ircocervo costituzionale \(a margine della ordinanza n. 207 del 2018 sul caso Cappato\)](#), in questa [Rivista](#), 2018/III, 571 ss.; M. BIGNAMI, [Il caso Cappato alla Corte costituzionale: un'ordinanza ad incostituzionalità differita](#), in [Questione Giustizia](#), 19 novembre 2018; G. RAZZANO, [La Corte costituzionale sul caso Cappato: può un'ordinanza chiedere al Parlamento di legalizzare il suicidio assistito?](#), in [Dirittifondamentali.it](#) n. 1 del 2019; M. MASSA, [Una ordinanza interlocutoria in materia di suicidio assistito. Considerazioni processuali a prima lettura](#), in [Riv. it. di medicina legale e del diritto in campo sanitario](#), n. 4 del 2018, 1323 ss.; M. CECCHETTI, [Appunti diagnostici e prognostici in vista della definizione del giudizio costituzionale sul "caso Cappato"](#), in [federalismi.it](#), n. 17 del 2019, 2 ss.; ; R. DI MARIA, [Brevi considerazioni sul rapporto fra tutela sostanziale dei diritti \(fondamentali\) e rispetto delle forme processuali: la Corte costituzionale e gli "animali fantastici". The final cut](#), in questa [Rivista](#), 2020/I, 1 ss.; A. MATTEONI, [Legittimità, tenuta logica e valori in gioco nelle "decisioni di incostituzionalità prospettata": verso un giudizio costituzionale di ottemperanza?](#), [ibid.](#), 348 ss.; F. GIRELLI, [L'"ordinanza Cappato" e il fattore tempo nella giustizia costituzionale](#), [ibid.](#), 2022/II, 466 ss.

<sup>6</sup> Siffatto assunto è fatto proprio dalla Consulta di Garanzia statutaria della Regione Emilia-Romagna, che tuttavia, in modo problematico, ha ritenuto che una proposta normativa regionale sul "fine vita" possa essere considerata espressione della potestà concorrente in materia di "tutela della salute", nella misura in cui detta norme organizzative e procedurali nel quadro dei principi fondamentali che, per quanto concerne la materia in questione sarebbero rinvenibili nella sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019. Cfr. [Consulta di Garanzia statutaria della Regione Emilia-Romagna, delibera n. 12 del 2023](#).

<sup>7</sup> Così [Corte cost., sent. n. 242 del 2019](#). Su tutti, si rinvia al contributo di M. ESPOSITO, ["Morte a credito": riflessioni critiche sul c.d. diritto al suicidio assistito](#), in [federalismi.it](#), n. 14 del 2024, 76 ss. Cfr. anche F. VARI, F. PIERGENTILI, ["Di libertà si può anche morire". Brevi note sulla \(imminente\) dichiarazione d'illegittimità costituzionale dell'art. 580 cod. pen.](#), in [Dirittifondamentali.it](#), n. 2 del 2019; F. POLITI, [La sentenza n. 242 del 2019 ovvero della rarefazione del parametro costituzionale e della fine delle "rime obbligate"? Un giudizio di ragionevolezza in una questione di costituzionalità eticamente \(molto\) sensibile](#), [ibid.](#), n. 1 del 2020; E. BILOTTI, [Ai confini dell'autodeterminazione terapeutica. Il dialogo tra il legislatore e il giudice sulla legittimità dell'assistenza medica al suicidio](#), in [Corr. giur.](#), n. 4 del 2019, 457 ss.; A. RUGGERI, [Rimosso senza indugio il limite della discrezionalità del legislatore, la Consulta dà alla luce la preannunciata regolazione del suicidio assistito \(a prima lettura di Corte cost. n. 242 del 2019\)](#), in [Giustizia Insieme](#), n. 3 del 2019.



Piuttosto, attraverso la menzionata sentenza che la proposta di legge ligure intenderebbe attuare, il giudice delle leggi si è limitato ad individuare una circoscritta area di non punibilità di chi realizza un proposito suicidario, in presenza di condizioni analiticamente indicate<sup>8</sup>: l'ipotesi in cui l'aspirante suicida si identifichi in una persona «(a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli»<sup>9</sup>.

La Corte ha posto, in ogni caso, un fondamentale *caveat* rispetto a qualunque scelta di fine vita, rappresentato dal coinvolgimento del malato in un percorso di cure palliative<sup>10</sup>.

Questi principi sono stati ribaditi con la [sentenza n. 135 del 2024](#), attraverso la quale il giudice delle leggi ha nuovamente invocato alcuni punti fermi della propria precedente giurisprudenza, ricordando che la vita umana riveste, oggettivamente, il massimo del valore attribuibile a un "bene" e che «ogni vita è portatrice di una inalienabile dignità, indipendentemente dalle concrete condizioni in cui essa si svolge»<sup>11</sup>; ragione per la quale i Giudici di Palazzo della Consulta non hanno mai «riconosciuto un generale diritto di terminare la propria vita»<sup>12</sup>, bensì l'esatto opposto: «dal riconoscimento del diritto alla vita scaturisce [...] il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo»<sup>13</sup>, senza «lasciare la vita umana in una situazione di insufficiente protezione»<sup>14</sup>. Tali aspetti non vengono minimamente presi in considerazione dalla proposta di legge ligure, che contrasta quindi, anche nel merito, con la costante giurisprudenza del giudice delle leggi, il quale, è il caso di ribadirlo, con la [sentenza n. 242 del 2019](#) ha rifiutato ogni possibile interpretazione estensiva, affermando, al contrario, la necessità di garantire – nel bilanciamento con altri diritti – la tutela del diritto alla vita. Peraltro, il richiamo all'attuazione della predetta decisione<sup>15</sup> – come anticipato, presente sin dalla rubrica della proposta di legge – appare

---

<sup>8</sup> In questi termini, condivisibilmente, si rinvia a F. PIERGENTILI, [Costituzione e suicidio assistito. A proposito della verifica del rispetto del presupposto del "trattamento di sostegno vitale" indicato nella sent. n. 242 del 2019 della Consulta](#), in questa [Rivista](#), 2024/I, 294 ss.

<sup>9</sup> [Corte cost., sent. n. 242 del 2019, cit.](#)

<sup>10</sup> Come ha osservato L. EUSEBI, *Il suicidio assistito dopo Corte cost. n. 242/2019. A prima lettura*, in [Corti supreme e Salute](#), n. 2 del 2019, 194, nella sentenza n. 242 del 2019 non v'è traccia del dovere del medico di attivarsi per rendere praticabile il suicidio; «[i]l dovere su cui insiste la Corte costituzionale, semmai, concerne la garanzia, anche in rapporto alla materia cui si riferisce la sua pronuncia, delle cure palliative». Sull'importanza delle cure palliative, cfr. G. RAZZANO, *La dignità nell'ultima fase della vita: le cure palliative*, in M. Ronco (cur.), *Il "diritto" di essere uccisi: verso la morte del diritto?*, Torino, 2019, 81 ss.

<sup>11</sup> [Corte cost., sent. n. 135 del 2024](#), cit.

<sup>12</sup> [Ibid.](#)

<sup>13</sup> [Ibid.](#)

<sup>14</sup> [Ibid.](#)

<sup>15</sup> Sul tema, cfr. N. VETTORI, *Amministrazione e Costituzione. A proposito dell'attuazione della sentenza della Corte Costituzionale sull'aiuto al suicidio*, in *Dir. pubbl.*, n. 2 del 2022, 549 ss. Attraverso l'esame di casi concreti,



ultroneo, in quanto si tratta di pronuncia sulle condizioni di applicazione dell'esimente di cui all'art. 580 cod. pen., che rinvia, semmai, alla competenza del Parlamento a intervenire in materia di "fine vita". Mai si fa riferimento, invece, nella decisione (e, del resto, non avrebbe potuto essere diversamente), a un ruolo normativo regionale di livello concorrente<sup>16</sup>.

Analoghe considerazioni sono state riprese dalla Corte costituzionale con la [sentenza n. 50 del 2022](#), dove è stato ribadito che il diritto alla vita, riconosciuto implicitamente dall'art. 2 Cost., è «da iscriversi tra i diritti inviolabili, e cioè tra quei diritti che occupano nell'ordinamento una posizione, per dir così, privilegiata»<sup>17</sup>, in quanto appartengono «all'essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana»<sup>18</sup>. Esso, pertanto, «concorre a costituire la matrice prima di ogni altro diritto, costituzionalmente protetto, della persona»<sup>19</sup> ed è il «"primo dei diritti inviolabili dell'uomo"<sup>20</sup>, in quanto presupposto per l'esercizio di tutti gli altri, ponendo altresì in evidenza come da esso discende «il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire»<sup>21</sup>. Come è stato condivisibilmente osservato, il diritto alla vita costituisce «l'archetipo dei diritti della personalità»<sup>22</sup>.

In conclusione, dalla Costituzione non si può ricavare – e infatti la Corte costituzionale, nella sentenza n. 242 del 2019, non lo ha fatto – un diritto a ottenere una prestazione di morte, tenuto conto che oggetto di tutela nella Carta costituzionale è esclusivamente la vita, «presupposto di ogni diritto e dovere, non già la morte, mai incoraggiata e anzi finché

---

l'Autrice ha esaminato le variegate risposte fornite da diverse amministrazioni rispetto ad alcune richieste di accesso al suicidio assistito.

<sup>16</sup> Sul punto, cfr. *infra*.

<sup>17</sup> Cfr. [Corte cost., sent. n. 50 del 2022](#). A commento della decisione, si rinvia a M. FORTINO, *Prime note sulla pronuncia della Corte costituzionale n. 50/2022 (Nota a sentenza Corte costituzionale 2 marzo 2022, n. 50)*, in *La nuova giur. civ. comm.*, n. 2 del 2022, 449-450; G. LUCCIOLI, *Le ragioni di un'inammissibilità. Il grande equivoco dell'eutanasia*, in [Giustizia Insieme](#), 8 marzo 2022; S. TROZZI, *Aspetti de iure condito e prospettive de iure condendo in materia di fine vita. La Consulta si pronuncia per l'inammissibilità del referendum sull'art. 579 cod. pen.*, in [Dirittifondamentali.it](#), n. 1 del 2022, 336 ss.; 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)*, [ibid.](#), 464 ss.; S. PENASA, *Una disposizione costituzionalmente necessaria ma un bilanciamento non costituzionalmente vincolato? Prime note alla sentenza n. 50 del 2022 della Corte costituzionale*, in [Diritti Comparati](#), 17 marzo 2022. Sul tema, si rinvia a G. Brunelli, A. Pugiotto, P. Veronesi (curr.), *La via referendaria al fine vita. Ammissibilità e normativa di risulta del quesito sull'art. 579 cod. pen.*, *Atti del XVIII Seminario "preventivo" ferrarese, svoltosi il 26 novembre 2021*, in [Forum di Quaderni costituzionali](#), *Rassegna*, n. 1 del 2022.

<sup>18</sup> Così Corte cost., [sent. n. 35 del 1997](#) e [sent. n. 1146 del 1988](#).

<sup>19</sup> Corte cost., [sent. n. 238 del 1996](#).

<sup>20</sup> Corte cost., [sent. n. 223 del 1996](#).

<sup>21</sup> Corte cost., [sent. n. 50 del 2022](#), cit.

<sup>22</sup> M. ESPOSITO, *"Morte a credito": riflessioni critiche sul c.d. diritto al suicidio assistito*, cit., 119.



possibile ostacolata, quali che siano le condizioni e i modi con cui vi si pervenga»<sup>23</sup>. Né tantomeno, come statuito dalla Corte di Strasburgo lo scorso 13 giugno 2024<sup>24</sup>, i principi stabiliti dalla Convenzione Europea dei Diritti dell’Uomo implicano l’esistenza di una posizione giuridica soggettiva di tale natura. Pertanto, mancando una disciplina da parte del legislatore nazionale, un intervento regionale non sarebbe ammissibile nemmeno motivandone la presunta inerzia del Parlamento, dato che la scelta di disciplinare o meno la materia rientra nella discrezionalità e nell’esclusiva disponibilità di quest’ultimo. Piuttosto, con la [sentenza n. 242 del 2019](#) (e con la recente [sentenza n. 135 del 2024](#)), la Corte ha riconosciuto che il suicidio assistito non è affatto un diritto naturale e assoluto, ma una fattispecie che, al più, potrebbe essere disciplinata soltanto dal legislatore statale, il quale deve tuttavia stabilirne precisi confini<sup>25</sup>.

## *2. Il contrasto della disciplina regionale sul “fine vita” con la riserva statale in materia di “ordinamento civile e penale”, di cui all’art. 117, comma 2, lett. l), della Costituzione*

Entrando nel merito dell’oggetto del presente contributo, vale a dire il tema dei rapporti tra Stato e Regioni sul “fine vita”, appare il caso di evidenziare, in primo luogo, che la proposta di legge ligure omette completamente di considerare che gli atti di disposizione del proprio corpo, tra i quali rientra il suicidio assistito, incidono su aspetti essenziali dell’identità e dell’integrità della persona e riguardano, pertanto, l’ordinamento civile, materia riservata alla potestà esclusiva dello Stato, ai sensi dell’art. 117, comma 2, lett. l), della Costituzione.

---

<sup>23</sup> A. RUGGERI, [Oscurità e carenze della progettazione legislativa in tema di morte medicalmente assistita \(prime notazioni\)](#), in questa [Rivista](#), 2022/l, 6. Allo stesso modo, come ha rilevato 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*, cit., 90, oggi si sta commettendo l’errore di scambiare «il dovere dello Stato di tutelare la vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, con il presunto dovere dello Stato di procurare loro l’aiuto a morire». Così anche M. ESPOSITO, *“Morte a credito”: riflessioni critiche sul c.d. diritto al suicidio assistito*, cit., 128, il quale ricorda che l’ordinamento è fondato «sulla salvaguardia e la conservazione della vita, non soltanto senza distinzioni legate a valutazioni circa la sua dignità, ma con particolare riguardo a quella dei soggetti più deboli».

<sup>24</sup> Cfr. CEDU, sez. I, [sent. 13 giugno 2024](#), ric. n. 32312/23. Nel caso in questione i Giudici di Strasburgo hanno statuito che la prestazione di servizi di morte medicalmente assistita comporta implicazioni sociali ampie e rischi di errori e abusi tali e hanno rilevato che la maggior parte degli Stati membri del Consiglio d’Europa continua a vietare sia il suicidio medicalmente assistito, che l’eutanasia. In tale ambito, pertanto, lo Stato dispone di un ampio potere discrezionale.

<sup>25</sup> Da un lato, la Corte ha auspicato che la materia del “fine vita” venga quanto prima disciplinata dal legislatore; dall’altro, però ha vincolato quest’ultimo alla sua decisione. Tuttavia, come condivisibilmente ha osservato 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 del 2019, 17, «perché mai il legislatore dovrebbe riscrivere sotto dettatura le parole della Corte costituzionale, traducendo in legge una sua decisione politica?».



La disciplina di un ambito così delicato non può allora che essere caratterizzata da uniformità di trattamento a livello nazionale, per ragioni imperative di uguaglianza, escludendo conseguentemente la normazione regionale. Tale assunto trova conferma nell'art. 5 cod. civ. che, regolamentando gli «[a]tti di disposizione del proprio corpo», dispone che essi «sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume»<sup>26</sup>. Il “fine vita” ricade pertanto a pieno titolo nella competenza esclusiva statale sull'ordinamento civile, che si riferisce «all'intero diritto privato, alla disciplina dei rapporti privati, alle regole fondamentali del diritto privato, alla disciplina civilistica generale, ai rapporti di diritto privato regolati dal c.c.»<sup>27</sup>. Esso non si configura quale competenza trasversale, bensì come «materia-materia»<sup>28</sup>, cioè come un settore formato «da determinati istituti, gli istituti di diritto civile, preclusi in quanto tali alla legge regionale»<sup>29</sup>.

Sul punto, appare utile richiamare quanto la Corte costituzionale ha statuito con la [sentenza n. 262 del 2016](#), nella parte in cui ha dichiarato illegittima una legge del Friuli-Venezia Giulia che, per “rimediare” all'asserita inerzia del legislatore statale, aveva introdotto una disciplina regionale in tema di disposizioni anticipate di trattamento sanitario. Si pensi che, in quel caso, l'obiettivo del legislatore regionale era, se così si può dire, di portata di gran lunga inferiore rispetto a quello della proposta di legge regionale in oggetto. Scopo della legge friulana era, infatti, quello di istituire un registro regionale per la raccolta delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario.

Non a caso, il giudice delle leggi ha accolto la questione di legittimità costituzionale in riferimento all'art. 117, comma 2, lett. l), della Costituzione, ricordando 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 – al pari di quella che regola la donazione di organi e tessuti – necessita di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di eguaglianza, *ratio* ultima della riserva allo Stato della competenza legislativa esclusiva in materia di «ordinamento civile»,

---

<sup>26</sup> Cfr. R. ROMBOLI, *La libertà di disporre del proprio corpo: art. 5*, in F. Galgano (cur.), *Commentario del codice civile Scialoja - Branca*, I, Bologna-Roma, 1988.

<sup>27</sup> G. FONTANA, *Ordinamento civile (art. 117.2.l.)*, in R. Bifulco, A. Celotto (curr.), *Le materie dell'art. 117 nella giurisprudenza costituzionale dopo il 2001*, Napoli, 2015, 113.

<sup>28</sup> L. BUSATTA, *Le dichiarazioni anticipate di trattamento, tra ordinamento civile e «ragioni imperative di eguaglianza»*, in *le Regioni*, n. 3 del 2017, 568.

<sup>29</sup> E. LAMARQUE, *Ancora nessuna risposta definitiva in materia di ordinamento civile*, in *le Regioni*, n. 1 del 2007, 185. Così, ad esempio, accade per quanto concerne l'istituto della rappresentanza; al riguardo, cfr. Corte cost., [sent. n. 253 del 2006](#), che ha dichiarato l'incostituzionalità, per interferenza nella materia dell'ordinamento civile, di una norma della Regione Toscana ove si prevedeva che «[c]iascuno ha diritto di designare la persona a cui gli operatori sanitari devono riferirsi per ricevere il consenso a un determinato trattamento terapeutico, qualora l'interessato versi in condizione di incapacità naturale e il pericolo di un grave pregiudizio alla sua salute o alla sua integrità fisica giustificati l'urgenza e l'indifferibilità della decisione».



disposta dalla Costituzione»<sup>30</sup>. In quell'occasione la Corte ha affermato che l'assenza di una specifica legislazione nazionale «non vale a giustificare in alcun modo l'interferenza della legislazione regionale in una materia affidata in via esclusiva alla competenza dello Stato»<sup>31</sup>.

Non si dimentichi, tra l'altro, che con la [sentenza n. 5 del 2018](#) la Corte costituzionale ha rilevato «che il diritto della persona di essere curata efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica, e di essere rispettata nella propria integrità fisica e psichica ([sentenze n. 169 del 2017](#), [n. 338 del 2003](#) e [n. 282 del 2002](#)) deve essere garantito in condizione di eguaglianza in tutto il paese, attraverso una legislazione generale dello Stato basata sugli indirizzi condivisi dalla comunità scientifica nazionale e internazionale»<sup>32</sup>.

Quanto dichiarato dalla Corte costituzionale si applica perfettamente al suicidio assistito, che impatta con il diritto alla vita, aspetto essenziale dell'integrità della persona. In altri termini, il riconoscimento del rilievo pubblicistico alla manifestazione di volontà di un soggetto in merito alla libertà di scegliere di porre fine alla propria vita comporta inevitabilmente la necessità di una regolazione della materia organica e articolata<sup>33</sup>.

Ancor più recentemente il giudice delle leggi ha statuito che la competenza legislativa esclusiva statale in materia di ordinamento civile risponde «all'esigenza, sottesa al principio costituzionale di eguaglianza, di garantire sul territorio nazionale l'uniformità della disciplina dettata per i rapporti tra privati»<sup>34</sup>. Non può negarsi, infatti, che la disciplina del fine vita attenga ai contenuti, ai limiti e alle modalità di esternazione di atti tipicamente di autonomia privata, in quanto concernenti la disposizione del proprio corpo mediante l'adesione o meno a determinati trattamenti sanitari.

Il mancato rispetto della competenza esclusiva dello Stato in materia di ordinamento civile comporta anche un rischio elevatissimo: quello che ogni Regione interpreti a proprio modo la giurisprudenza costituzionale sul "fine vita", mettendo a repentaglio i principi costituzionali

---

<sup>30</sup> Corte cost., [sent. n. 262 del 2016](#). Si rinvia ai commenti di L. COEN, *Le disposizioni anticipate di trattamento sanitario tra diritto civile e organizzazione amministrativa*, in [BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto](#), n. 1 del 2017, 207 ss.; C. MAGNANI, *Sul testamento biologico altro scontro tra Stato e Regioni. Il Titolo V fa male alla salute?*, in [Forum di Quaderni costituzionali](#), 16 dicembre 2016, 1 ss.; L. BUSATTA, *Le dichiarazioni anticipate di trattamento, tra ordinamento civile e «ragioni imperative di eguaglianza»*, cit., 563 ss.

<sup>31</sup> Corte cost., [sent. n. 262 del 2016](#), cit.

<sup>32</sup> Corte cost., [sent. n. 5 del 2018](#), con commenti di A. IANNUZZI, *L'obbligatorietà delle vaccinazioni a giudizio della Corte costituzionale fra rispetto della discrezionalità del legislatore statale e valutazioni medico-statistiche*, in questa [Rivista](#), [Studi 2018/1](#), 87 ss.; A. Morelli (cur.), *Vaccini obbligatori: le questioni aperte*, in [BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto](#), n. 2 del 2017, 15 ss.; L. PEDULLÀ, *Vaccinazioni obbligatorie e dovere di solidarietà costituzionale (alla luce della sent. n. 5 del 2018 della Corte cost.)*, in [Forum di Quaderni costituzionali](#), 11 settembre 2018, 1 ss.

<sup>33</sup> Con riferimento alle dichiarazioni di volontà concernenti la libertà di cura, cfr., ad esempio, Corte cost., sent. nn. [307 del 1990](#), [185 del 1998](#), [282 del 2002](#), [438 del 2008](#).

<sup>34</sup> Corte cost., [sent. n. 92 del 2023](#). *Ex plurimis*, cfr. anche Corte cost., sent. nn. [131 del 2013](#), [265 del 2013](#), [123 del 2010](#), [295 del 2009](#), [160 del 2009](#), [326 del 2008](#).



di uguaglianza e di pari dignità sociale. Basti soltanto pensare che, nella denegata ipotesi in cui si legittimasse ciascuna Regione a disciplinare il “fine vita”<sup>35</sup>, potrebbe ingenerarsi un pericoloso effetto a catena su altri temi eticamente complessi, quali trapianti, procreazione medicalmente assistita, surrogazione di maternità, o aborto, solo per citare i primi che vengono alla mente<sup>36</sup>.

Si aggiunga che la proposta di legge ligure si pone l’obiettivo di definire le condizioni e le modalità di accesso alla morte indotta, con l’evidente fine di elidere il disvalore (penale, anzitutto) delle condotte di aiuto al suicidio. Ciò posto, la precisazione di ruoli, procedure e tempi per l’aiuto al suicidio tocca l’applicazione di una norma penale, l’art. 580 cod. pen., ricadendo, dunque, in un’ulteriore materia di potestà esclusiva dello Stato (aspetto anche questo ignorato dalla proposta normativa in discussione), come tale sottratta a qualsiasi forma d’intervento regionale: l’ordinamento penale.

Al riguardo, la Corte costituzionale ha ricordato che «[l]a *ratio* dell’art. 580 cod. pen. può essere agevolmente scorta, alla luce del vigente quadro costituzionale, nella «tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l’ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio. Essa assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere» ([ordinanza n. 207 del 2018](#))<sup>37</sup>. In tale contesto di tutela, la menzionata sentenza ha individuato un rigoroso perimetro nel quale, in presenza dei tassativi requisiti sopra menzionati, l’art. 580 cod. pen. risulta incostituzionale.

Ciò premesso, se ciascuna Regione fosse libera di fissare la concreta estensione dei casi di esimente penale, direttamente o a mezzo di organi di propria discrezionale diramazione, si correrebbe il rischio di avere venti differenti normative regionali che condizionerebbero, in modo altrettanto diverso, l’applicazione di una norma penale che invece, *ça va sans dire*, deve essere applicata uniformemente su tutto il territorio nazionale. Dunque, utilizzando una logica federale in uno Stato regionale<sup>38</sup> (*rectius*, sovvertendo financo il tipo di Stato, a

---

<sup>35</sup> Come del resto è già avvenuto in altre Regioni, addirittura attraverso atti di normazione secondaria. Recentemente, basti fare riferimento ai seguenti provvedimenti della Regione Emilia-Romagna: la d.g.r. 5 febbraio 2024, n. 194, la det. dir. 9 febbraio 2024, n. 2596 e la d.g.r. 14 maggio 2024, n. 333. Per un commento a prima lettura, volendo, cfr. A. CANDIDO, *Il “fine vita” tra Stato e Regioni: l’illegittimità della recente disciplina emiliano-romagnola*, in [Centro Studi Livatino](#), 4 marzo 2024.

<sup>36</sup> Cfr. F. PIERGENTILI, F. VARI, *Prime notazioni sulla legge regionale del Friuli-Venezia Giulia in materia di fine vita*, in [Diritti Regionali](#), cit., 855.

<sup>37</sup> Così Corte cost., [sent. n. 242 del 2019](#), cit.

<sup>38</sup> Volendo, cfr. A. CANDIDO, *Confini mobili. Il principio autonomista nei modelli teorici e nelle prassi del regionalismo italiano*, Milano, 2012, 2.



Costituzione invariata), in Liguria potrebbe non costituire reato ciò che, magari, potrebbe restare tale in Lombardia.

In conclusione, la disciplina relativa alla titolarità e all'esercizio dei diritti fondamentali rientra nella competenza esclusiva del legislatore statale ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lett. l), della Costituzione<sup>39</sup>, così come ogni correlata scelta in tema di creazione o estensione della punibilità penale; infatti, una normativa in tema di "fine vita" richiederebbe il coordinamento con le norme del codice penale che prevedono determinati reati: omicidio, omicidio del consenziente, istigazione e aiuto al suicidio.

### *3. Il contrasto della disciplina regionale sul "fine vita" con la competenza trasversale statale sui livelli essenziali di prestazioni, di cui all'art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione*

Ciò che la proposta di legge ligure non ha ignorato è che rientra nella competenza esclusiva dello Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, e – si legge testualmente la relazione illustrativa – «l'individuazione dei diritti come quello ad accedere alla verifica delle condizioni per il suicidio assistito». Tuttavia, a tale constatazione fanno seguito delle conclusioni che non persuadono, dato che, nella medesima relazione, si dichiara che, comunque, avendo le Regioni una competenza concorrente in materia di "tutela della salute", allora esse «possono intervenire, anche in una logica di "cedevolezza invertita", (principio in base al quale sarebbe possibile per le Regioni intervenire a colmare una lacuna legislativa statale) a disciplinare procedure e tempi di applicazione dei diritti già individuati».

Tale ragionamento, nell'ambito del quale vengono sovrapposti e confusi ambiti competenziali diversi, in violazione dell'art. 117 della Costituzione, invocando tra l'altro in modo piuttosto controvertibile lo strumento delle norme cedevoli, non coglie nel segno.

La proposta di legge, mirando a definire i tempi del suicidio assistito relativamente ad ogni fase, inclusa quella di competenza del Comitato etico, dalla verifica delle condizioni a quella delle modalità di autosomministrazione del farmaco che possa garantire una morte rapida, interviene, infatti, in un quadro normativo nazionale totalmente privo dei necessari livelli essenziali delle prestazioni, violando così (anche) la competenza esclusiva-trasversale statale di cui all'art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione.

In verità, il testo in esame dà atto dell'assenza di una normativa nazionale in materia di assistenza medica e farmacologica a chi domandi supporti chimici e modalità sanitarie

---

<sup>39</sup> Con riferimento alla norma in oggetto, sia pure per quanto concerne gli usi civili, cfr. anche Corte cost., [sent. n. 228 del 2021](#), con il commento di M. RUOTOLO, *Gli effetti della decisione di incostituzionalità sulla circolazione immobiliare. il caso degli usi civili*, in [Rivista AIC](#), n. 1 del 2023, 82 ss.



idonee per suicidarsi e, anzi, richiama – nella relazione illustrativa – la «esigenza di una legge nazionale»; salvo, però, sostenere di voler «definire i ruoli, i tempi e le procedure delineate dalla Corte costituzionale attraverso una sentenza immediatamente esecutiva», così illegittimamente delineando un percorso regionale per il “suicidio medicalmente assistito”.

Sin dalla [sentenza n. 282 del 2002](#), la Corte costituzionale ha precisato che «i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali non sono una materia in senso stretto, ma una competenza del legislatore idonea a investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale dei diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle»<sup>40</sup>.

Per quanto riguarda l'ambito oggettivo della norma, va osservato che essa, potenzialmente, fa riferimento al complesso dei diritti che non possono essere recessivi nel loro contenuto essenziale rispetto a scelte legislative regionali, poiché idonei a esprimere l'identità stessa dello Stato democratico. Sul punto, la Corte costituzionale ha inequivocabilmente ribadito che la competenza in materia di livelli essenziali delle prestazioni costituisce una sfera esclusiva e trasversale dello Stato centrale, rispetto alla quale, perciò, solo il legislatore nazionale è abilitato a porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle<sup>41</sup>.

Invero, in materia di prestazioni sanitarie, è stata affermata dallo stesso giudice delle leggi «l'indefettibilità e la generalità di una disciplina uniforme su tutto il territorio nazionale collegata a specifiche prestazioni delle quali la normativa statale definisce il livello essenziale di erogazione, pur in un sistema caratterizzato da autonomia regionale e locale costituzionalmente garantite»<sup>42</sup>.

Posto che i livelli essenziali di assistenza devono essere determinati con atto statale, attraverso un meccanismo di specifica concertazione con gli enti regionali, per il tramite

---

<sup>40</sup> Corte cost., [sent. n. 282 del 2002](#). Si richiamano i commenti di R. BIN, *Il nuovo riparto di competenze legislative: un primo, importante chiarimento*, in *le Regioni*, n. 6 del 2002, 1445 ss.; A. D'ATENA, *La Consulta parla... e la riforma del Titolo V entra in vigore*, in *Giur. cost.*, n. 3 del 2002, 2027 ss.; L. VIOLINI, *La tutela della salute e i limiti al potere di legiferare: sull'incostituzionalità di una legge regionale che vieta specifici interventi terapeutici senza adeguata istruttoria tecnico-scientifica*, in *le Regioni* n. 6 del 2002, 1450 ss. Sulle problematiche di configurazione dei LEP, *ex multis*, v. L. TRUCCO, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni tra politiche legislative e Corte costituzionale*, in E. Cavasino, G. Scala, G. Verde (curr.), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia: il ruolo della giurisprudenza* (atti del Convegno annuale del Gruppo di Pisa svoltosi a Trapani l'8 e il 9 giugno 2012), Napoli, 2013. 151 ss.

<sup>41</sup> Cfr., *ex plurimis*, Corte cost. [sent. nn. 282 del 2002](#), [353 del 2003](#), [338 del 2003](#), [134 del 2006](#), [115 del 2012](#), [231 del 2017](#), [72 del 2020](#), [91 del 2020](#).

<sup>42</sup> Corte cost., [sent. n. 72 del 2020](#).



dell'intesa da conseguire in sede di Conferenza Stato-Regioni, deve evidenziarsi che, ad oggi, il d.p.c.m. del 12 gennaio 2017, che disciplina i livelli essenziali di assistenza, non prende in considerazione il "fine vita".

Si aggiunga che, con riguardo al tema oggetto di indagine, il Comitato Nazionale per la Bioetica, fin dal parere in materia di "suicidio medicalmente assistito" del 31 marzo 2017, ha perentoriamente evidenziato che «vanno assolutamente evitate, considerando le diversità, organizzative tra le regioni e spesso tra le stesse aziende sanitarie, disparità di trattamento e di tutela tra soggetto e soggetto»<sup>43</sup>. In un successivo parere del 24 febbraio 2023, esso ha ritenuto «che debba essere fatto ogni sforzo per evitare che vi siano approcci troppo differenziati o addirittura contrastanti nella valutazione delle condizioni indicate dalla Corte costituzionale, in particolare per quanto riguarda – in assenza di una definizione normativa applicabile in modo uniforme a livello nazionale – le possibili interpretazioni della nozione di «trattamenti di sostegno vitale»<sup>44</sup>.

Attualmente, la legislazione in vigore<sup>45</sup> non contiene dei livelli essenziali in materia di "suicidio medicalmente assistito". Peraltro, non è possibile individuare nella l. 22 dicembre 2017, n. 219 il fondamento della tutela di una volontà autonoma di morire: altro è, infatti, l'assenza di un dovere di curarsi, altro è la scelta di determinare attivamente la propria morte<sup>46</sup>.

Conseguentemente, come ha ricordato anche l'Avvocatura generale dello Stato lo scorso 15 novembre 2023, il Parlamento deve ritenersi il solo «organo competente a legiferare in materia». Del resto, prosegue l'Avvocatura, è noto che «l'incrocio di valori di primario rilievo, il cui compiuto bilanciamento presuppone, in via diretta ed immediata, scelte che anzitutto il legislatore è abilitato a compiere, questa Corte reputa doveroso – in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale – consentire, nella specie, al Parlamento ogni opportuna riflessione e iniziativa»<sup>47</sup>.

Contravvenendo a tali principi pacifici, la proposta di legge individua i requisiti di accesso alla pratica del suicidio assistito (art. 2) e prevede l'istituzione di una Commissione medica multidisciplinare presso le aziende sanitarie regionali, deputata a effettuare le verifiche mediche relative alla sussistenza delle condizioni di accesso e alle migliori modalità di esecuzione dell'aiuto alla morte volontaria (art. 3), disciplinando procedure e tempi di

---

<sup>43</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *I comitati per l'etica nella clinica*, [parere del 31 marzo 2017](#).

<sup>44</sup> Comitato nazionale per la Bioetica, *Risposta al quesito del ministero della salute 2 gennaio 2023*, [parere del 24 febbraio 2023](#).

<sup>45</sup> Si fa riferimento alla l. 15 marzo 2010, n. 38 e alla l. 22 dicembre 2017, n. 219.

<sup>46</sup> Si tratta della condivisibile opinione sostenuta da G. RAZZANO, *La legge n. 219/2017 su consenso informato e DAT fra libertà di cura e rischio di innesti eutanasci*, Torino, 2019, *passim*. Sul tema cfr., tra gli altri, G. BALDINI, *La legge 219/17 tra molte luci e qualche ombra*, in [Dirittifondamentali.it](#), n. 1 del 2019, 1 ss.

<sup>47</sup> Corte cost., [ord. n. 207 del 2018](#), cit.



erogazione dei trattamenti (art. 4). L'effetto pratico consiste nell'introduzione di una prestazione sanitaria priva di copertura di legge e, quindi, illegittima<sup>48</sup>.

4. *L'impossibilità di ricondurre il "fine vita" alla competenza concorrente "tutela della salute" e l'inapplicabilità della clausola di cedevolezza normativa.*

Infine, ove si voglia ipotizzare – ma non si vede come – che il "fine vita" non ricada tra le competenze esclusive dello Stato, bensì tra quelle concorrenti, vi sarebbe comunque un'evidente lesione del criterio di ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni di cui all'art. 117, comma 3, della Costituzione, in materia di "tutela della salute".

Innanzitutto, appare utile sottolineare che il complesso delle norme vigenti, a partire dall'art. 32 della Costituzione (l'unica disposizione costituzionale in cui a un diritto, in questo caso la salute, viene affiancato l'aggettivo "fondamentale"), escludono testualmente che una procedura medicalizzata che porta velocemente alla morte possa mai ricadere nella materia "tutela della salute"; si pensi, ad esempio, all'art. 1 della l. 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, la cui missione è rivolta «alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione».

Sarebbe a dir poco paradossale, oltre che preoccupante, se vi fosse un'interpretazione della nozione di salute – specie se proveniente dal legislatore regionale – di segno opposto rispetto a quella che si ricava dall'ordinamento, sia in via letterale, che in via sistematica; una nozione di salute, cioè, che vada a coincidere anche con la facoltà di accedere alla «morte più rapida, indolore e dignitosa possibile»<sup>49</sup>. Condivisibilmente, con la [sentenza n. 135 del 2024](#), la Corte costituzionale ha ricordato che «in presenza di una legislazione permissiva [...] si crea una pressione sociale indiretta» che si riverbera «su altre persone malate o semplicemente anziane e sole, le quali potrebbero convincersi di essere divenute ormai un peso per i propri familiari e per l'intera società, e di decidere così di farsi anzitempo da parte»<sup>50</sup>.

Tra l'altro, risulta oscura la previsione di cui all'art. 4, comma 4, della proposta di legge ligure, nella parte in cui dispone che la persona autorizzata ad accedere al suicidio medicalmente assistito «può decidere in ogni momento di sospendere [...] l'erogazione del trattamento». Si tratta di una norma che, con ogni evidenza, contrasta con l'obiettivo della "rapidità" della morte, oltre ad essere di difficile comprensione, dato che, dopo che

---

<sup>48</sup> Ad avviso di L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi*, in [Rivista AIC](#), n. 1 del 2024, 402, lo Stato dovrebbe intervenire quanto prima, al fine di inserire le prestazioni sanitarie necessarie per consentire l'assistenza al suicidio tra i livelli essenziali delle prestazioni.

<sup>49</sup> Così dispone testualmente l'art. 3, comma 4, della proposta di legge ligure.

<sup>50</sup> Corte cost., [sent. n. 135 del 2024](#), cit.



l'interessato abbia assunto il farmaco letale, ci si domanda come possa eventualmente invertire la rotta e tornare sui propri passi.

In ogni caso, pur ammettendo che si possa ravvisare una competenza concorrente sul "fine vita", le Regioni non potrebbero comunque intervenire in materia, mancando, ad oggi, una legge quadro statale. Al riguardo, pare opportuno, ad esempio, richiamare la già citata sentenza 282 del 2002, con la quale il giudice delle leggi ha dichiarato incostituzionale una legge della Regione Marche che aveva sospeso la terapia elettroconvulsivante (cd. *elettroshock*), la lobotomia prefrontale e transorbitale ed altri simili interventi di psicoturgia. In quella circostanza la Corte ha ricordato che la "tutela della salute" è vincolata al rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla legislazione statale<sup>51</sup>.

In altra occasione e in modo ancor più netto, a proposito del consenso informato, con le [sentenze nn. 438 del 2008](#) e [253 del 2009](#) la Corte costituzionale ha dichiarato le normative impugnate (rispettivamente, quella regionale piemontese e quella provinciale trentina) illegittime per difetto di competenza ai sensi dell'art. 117 Cost., comma 3, della Costituzione. Il consenso informato, infatti, «riveste natura di principio fondamentale in materia di tutela della salute in virtù della sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute»<sup>52</sup>, al punto da comprimere ogni spazio organizzativo e procedurale regionale<sup>53</sup>.

Tra l'altro, a rigore, anche testualmente l'art. 117, comma 3 della Costituzione attribuisce l'individuazione dei principi fondamentali in via esclusiva al livello statale, così che, come è stato osservato, «la potestà legislativa regionale concorrente non sarebbe impedita dall'assenza di principi nuovi, ma lo sarebbe certamente dalla totale mancanza di principi fondamentali desumibili dalla legislazione statale anche precedente la modifica del 2001»<sup>54</sup>.

---

<sup>51</sup> Cfr. Corte cost., [sent. n. 282 del 2002](#), cit.; ma cfr. anche Corte cost., [sent. n. 338 del 2003](#), con la quale il giudice delle leggi aveva dichiarato che, fermi restando i principi fondamentali dello Stato, «nulla vieta [...] che le Regioni, responsabili per il proprio territorio dei servizi sanitari, dettino norme di organizzazione e di procedura».

<sup>52</sup> Corte cost., [sent. n. 438 del 2008](#). Peraltro, come ha affermato B. LELLI, [Consenso informato e attitudini garantistiche delle Regioni](#), in questa [Rivista](#), 2009 (23-IV.09), in relazione «alla tutela della salute dei minori, tale qualificazione si rende ancor più pregnante, venendo in gioco altresì la disciplina dell'istituto della rappresentanza».

<sup>53</sup> Come hanno osservato R. BALDUZZI e D. PARIS, *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione delle competenze legislative*, in [Rivista AIC](#), 2009, «[c]osì facendo, la contraddizione con la propria precedente giurisprudenza è piuttosto netta, ancorché, comprensibilmente, la Corte eviti di sottolinearlo: viene infatti precluso alla potestà legislativa regionale quello spazio, per vero non particolarmente ampio, di carattere organizzativo e procedurale che la Corte aveva riconosciuto essere di competenza delle Regioni nell'ambito della potestà concorrente in materia di tutela della salute».

<sup>54</sup> Così C. CASONATO, *Il principio della volontarietà dei trattamenti sanitari fra livello statale e livello regionale*, in *le Regioni*, nn. 3-4 del 2009, 637-638; ma cfr. anche F. CORVAJA, *Principi fondamentali e legge regionale nella sentenza sul consenso informato*, *ibid.*, 638 ss.



Tutto ciò premesso, a fronte dell'inerzia del legislatore statale in tematiche attinenti alla sfera della salute, con particolare riferimento a quella dei diritti personalissimi, non manca chi ritiene impossibile individuare un margine per l'autonomia legislativa regionale<sup>55</sup>, a meno che non si tratti di disciplinare aspetti di natura procedurale e amministrativa<sup>56</sup>, tali non potendosi intendere quelli previsti dalla proposta normativa ligure<sup>57</sup>. Ad esempio, con riferimento al delicato tema oggetto del presente contributo, è indispensabile che sia il legislatore, se del caso (*rectius*, ove nell'ambito della sua discrezionalità decida di procedere in tal senso), a «istituzionalizzare il ruolo e i compiti dei Comitati per l'etica della clinica»<sup>58</sup>, tenuto conto della disomogeneità organizzativa tra Regioni e, spesso, tra aziende sanitarie anche della medesima Regione, con lo scopo di evitare ogni discriminazione, nonché trattamenti differenti tra soggetto e soggetto; ciò in quanto, come è accaduto per il consenso informato, alla legge regionale è impedito «di venire direttamente a contatto con diritti costituzionali considerati «sensibili» e, quindi, sottratti alla conformazione del legislatore regionale, anche per ragioni legate alla eguaglianza»<sup>59</sup>.

In ogni caso, ferme restando le considerazioni di cui sopra, con riferimento al “fine vita”, vi è un elemento insuperabile, attinente al fatto che sono del tutto assenti i principi fondamentali a cui l'azione legislativa regionale avrebbe comunque il dovere di conformarsi<sup>60</sup>. Con la conseguenza che la legge regionale sarebbe illegittima perché irrimediabilmente caratterizzata da un vizio di competenza in senso stretto<sup>61</sup>.

Per completezza, va infine rilevato che, nel caso di specie, al fine di legittimare l'intervento del legislatore regionale, non si può nemmeno richiamare, come la relazione illustrativa fa,

---

<sup>55</sup> Così L. BUSATTA, *Le dichiarazioni anticipate di trattamento, tra ordinamento civile e «ragioni imperative di eguaglianza»*, cit., 565.

<sup>56</sup> Ciò è accaduto, ad esempio, con riguardo all'applicazione della l. 22 maggio 1978, n. 194, in materia di interruzione volontaria di gravidanza, tenuto conto delle problematiche connesse all'elevata percentuale di obiettori di coscienza nel personale sanitario e alla contestuale necessità di garantire la prestazione. In argomento, si rinvia a F. GRANDI, *L'abbandono dei LEP alle Regioni: il caso dell'interruzione volontaria di gravidanza*, in [Osservatorio costituzionale](#), n. 1 del 2015, 1 ss.

<sup>57</sup> *Contra*, cfr. 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 del 2024, spec. 8 ss.

<sup>58</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *I comitati per l'etica nella clinica*, [parere del 31 marzo 2017](#), cit.

<sup>59</sup> Così afferma, sebbene criticamente rispetto alla richiamata decisione della Corte costituzionale sul consenso informato, F. CORVAJA, *Principi fondamentali e legge regionale nella sentenza sul consenso informato*, cit., 650 ss. Nel senso dell'esistenza di uno spazio riservato al legislatore statale quando vengano in rilievo diritti che richiedono uniformità di trattamento sul territorio nazionale, cfr. M. BELLETTI, *Diritti costituzionali e Regioni*, in R. NANIA, P. RIDOLA, *I diritti costituzionali*, vol. III, Torino, 2007, 1074 ss.

<sup>60</sup> In senso contrario, cfr. M. LOSANA, G. SOBRINO, *Brevi osservazioni sulla pdl regionale n. 295/2023 in tema di suicidio assistito*, in [Il Piemonte delle autonomie](#), n. 2 del 2024, 2.

<sup>61</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*, cit., 111.



l'applicazione del principio di "cedevolezza invertita"<sup>62</sup>, a fronte di un'ipotetica inerzia del legislatore centrale; ciò in quanto, com'è noto, la cedevolezza normativa attiene alle materie di competenza esclusiva regionale e a quelle di competenza concorrente, «senza però che la previsione della clausola consenta alle Regioni di intervenire in ordine a profili che attengano alla competenza esclusiva del legislatore statale»<sup>63</sup>.

Siffatti assunti valgono soprattutto in una fattispecie quale quella in esame, in cui vengono in rilievo esigenze unitarie; sarebbe infatti impensabile ipotizzare di rinvenire una disciplina differenziata Regione per Regione<sup>64</sup>, in un settore in cui l'ordinamento manifesta, invece, la necessità di uniformità normativa.

##### 5. Una conclusione sulla proposta di legge ligure: cronaca di una incostituzionalità annunciata?

Per completezza di analisi, deve rilevarsi che, a più riprese, nella rubrica della proposta di legge, nella relazione illustrativa e – persino – nel testo dell'articolato, la [sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019](#) viene invocata alla stregua di una legge del Parlamento. Ciò, tuttavia, appare fuorviante e si pone in contrasto con il principio della separazione dei poteri, conquista di civiltà sulle cui fondamenta l'ordinamento costituzionale è stato edificato.

Appare ad ogni modo utile ricordare che la sentenza in questione, per quanto non possa essere invocata a giustificazione della normativa regionale, quasi a mo' di legge quadro (in una materia, tra l'altro, di competenza esclusiva statale), è comunque inequivocabile nel precisare che «la declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici»<sup>65</sup>. Ciò sta a significare che non è legittimo prevedere – come invece accade nella proposta di legge ligure – un obbligo di prestazione sanitaria.

Allo stesso modo, risulta inconferente anche il richiamo, contenuto nella relazione illustrativa, alla comunicazione inviata, nel dicembre 2021, dal Capo di Gabinetto del

---

<sup>62</sup> Si rinvia a Corte cost., [sent. n. 398 del 2006](#), con commento di S. TRIPODI, *L'attuazione regionale delle direttive comunitarie e le clausole di cedevolezza (nota a Corte cost., sent. n. 398/2006)*, in [federalismi.it](#), n. 9 del 2007, 1 ss.

<sup>63</sup> Così Corte cost., [sent. n. 1 del 2019](#). Sul criterio di cedevolezza, volendo, cfr. A. CANDIDO, *Vuoti normativi e strumenti di flessibilità nel sistema delle fonti: le norme regionali cedevoli*, in *Giur. cost.*, n. 4 del 2021, 1642 ss.

<sup>64</sup> Com'è stato osservato, «in assenza di principi certi, la diseguaglianza potrebbe essere acuita altresì sia dalla differente capacità organizzativa dei singoli Sistemi Sanitari Regionali [...] e sia, non ultimo, dalla diversa capacità finanziaria e conseguente sostenibilità dei costi da parte delle singole Regioni» (O. PINI, *Welfare regionale e nuove frontiere di tutela dei diritti: la proposta di legge regionale in tema di suicidio medicalmente assistito*, cit., 303).

<sup>65</sup> Corte cost., [sent. n. 242 del 2019](#), cit.



Ministero della Salute alla Conferenza Stato-Regioni, o alla richiesta dell'allora Ministro della salute Speranza, al fine di giustificare la necessità di dare attuazione alla [sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019](#). Non venendo in rilievo fonti del diritto, esse non possono essere nemmeno invocate a sostegno della proposta normativa in oggetto.

In conclusione, non pare un'esagerazione affermare che la proposta normativa ligure, sempre nell'ipotesi in cui concluda positivamente il suo *iter*, costituisce una "fuga in avanti" che sarà certamente oggetto di impugnazione da parte dello Stato, con il prevedibile esito di una pronuncia di incostituzionalità, per le molteplici ragioni esaminate nel presente contributo. Peraltro, ove alcune Regioni decidano di regolare la materia del "fine vita", ciascuna con le proprie peculiarità, vi sarebbe il concreto rischio di sviluppare un vero e proprio "turismo della morte", che in uno Stato di diritto è inaccettabile<sup>66</sup>, prima ancora che illegittimo, dando vita a un insanabile *vulnus* rispetto alla necessità di uniformità di trattamento, sul piano nazionale, del preminente valore della vita e dell'integrità della persona; valore, quello dell'uniformità, che si prospetta irrinunciabile, a maggior ragione quando vengano in rilievo diritti inviolabili dell'uomo<sup>67</sup>. In questo caso, tra l'altro, non si potrebbe nemmeno parlare di una rivendicazione di ulteriori spazi di autonomia da parte delle Regioni che hanno deciso di portare avanti la discussione di proposte normative di tale portata, dato che il "fine vita" esula persino dalle 23 materie aggiuntive consentite dalla Costituzione, sconfinando nell'illegittima richiesta di un'autonomia che non potrebbe nemmeno definirsi differenziata bensì, piuttosto, differente.

---

<sup>66</sup> M. ROMANO, *Aiuto al suicidio, rifiuto o rinuncia a trattamenti sanitari, eutanasia (sulle recenti pronunce della Corte costituzionale)*, in [Sistema Penale](#), 7 gennaio 2020, 13, ricorda che, malgrado tutto, il principio del non uccidere «resta una rassicurazione basilare per il consorzio umano»; pertanto, ogni deroga a tale criterio deve essere sempre ben ponderata.

<sup>67</sup> Secondo L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi*, cit., 392, la prospettiva di regolamentare il comparto del fine vita attraverso l'iniziativa regionale e in assenza di una normativa statale, sarebbe «certamente inopportuna».