

**IL REGIONALISMO CONDIZIONATO DEL FINE VITA
DOPO LE SENTENZE NN. 204 DEL 2025 E 148 DEL 2026.
IL CASO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

ALESSANDRO CANDIDO
(Professore associato di diritto costituzionale e pubblico,
Università degli Studi di Milano-Bicocca,
Dipartimento di Scienze economico-aziendali e diritto per l'economia)

Data di pubblicazione: 26 settembre 2026

Il presente articolo è stato sottoposto a procedura di doppio referaggio anonimo

ALESSANDRO CANDIDO*

**Il regionalismo condizionato del fine vita
dopo le sentenze nn. 204 del 2025 e 148 del 2026.
Il caso della Regione Emilia-Romagna**

Abstract (It.): *il contributo esamina i limiti costituzionali della potestà legislativa regionale in materia di suicidio medicalmente assistito alla luce delle sentenze della Corte costituzionale nn. 204 del 2025 e 148 del 2026. Attraverso l'analisi della legge della Regione Emilia-Romagna n. 10 del 2026, si indaga il confine tra la competenza regionale in materia di tutela della salute, con particolare riguardo ai profili organizzativi e procedurali, e gli ambiti riservati alla legislazione statale. La tesi sostenuta è che il legislatore regionale possa disciplinare l'organizzazione e l'attuazione procedimentale delle attività che il Servizio sanitario regionale è già tenuto a svolgere, ma non possa ridefinire i requisiti sostanziali di accesso al suicidio medicalmente assistito, modificare il contenuto dei diritti e degli obblighi coinvolti o appropriarsi della determinazione dei principi fondamentali della tutela della salute, ovvero invadere gli ambiti riservati alla legislazione statale in materia di ordinamento civile e penale.*

Abstract (En.): *this article examines the constitutional limits of regional legislative powers concerning medically assisted suicide in light of Italian Constitutional Court judgments no. 204 of 2025 and no. 148 of 2026. Focusing on Emilia-Romagna Regional Law no. 10 of 2026, it explores the boundary between the Regions' concurrent legislative competence in the protection of health, including organisational and procedural rules, and those areas reserved to State legislation. The analysis argues that regional legislation may regulate the organisation and procedural implementation of activities already required of the regional healthcare service, but may not redefine the substantive requirements for access to medically assisted suicide, alter the scope of the rights and obligations involved, or encroach upon matters reserved to State legislation,*

* Professore associato di diritto costituzionale e pubblico nell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, Dipartimento di Scienze economico-aziendali e diritto per l'economia.

including civil and criminal law and the determination of the fundamental principles governing health protection.

Parole chiave: *suicidio medicalmente assistito, fine vita, ordinamento civile e penale, tutela della salute, Emilia-Romagna.*

Keywords: *medically assisted suicide, end-of-life law, civil and criminal law, protection of health, Emilia-Romagna.*

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Le sentenze nn. 204 del 2025 e 148 del 2026 della Corte costituzionale: i confini della competenza regionale. – 3. La giurisprudenza costituzionale e il ruolo del legislatore. – 4. Lo spazio della competenza regionale nella disciplina del suicidio medicalmente assistito. – 5. La legge della Regione Emilia-Romagna n. 10 del 2026: organizzazione sanitaria e disciplina della prestazione. – 6. Oltre l'organizzazione sanitaria? Il problema della conformazione della funzione amministrativa. – 7. Uniformità dei diritti fondamentali e limiti del regionalismo. – 8. Considerazioni conclusive.

1. *Introduzione*

L'approvazione, da parte della Regione Emilia-Romagna, della legge 28 luglio 2026, n. 10, recante «Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024 in materia di suicidio medicalmente assistito», ripropone il problema dei limiti costituzionali dell'intervento legislativo regionale in tale ambito. La questione assume oggi una fisionomia in parte diversa rispetto a quella che caratterizzava il

dibattito sui progetti di legge regionali¹, non soltanto perché questi ultimi sono nel frattempo confluiti in una disciplina legislativa compiuta, ma anche perché, dopo la sentenza n. 204 del 2025 sulla legge toscana, la Corte costituzionale è nuovamente intervenuta sul tema con la sentenza n. 148 del 2026, relativa alla legge della Regione Sardegna n. 26 del 2025.

L'oggetto del presente contributo non investe primariamente il tema, certamente delicato, del fine vita², bensì una questione preliminare di ordine costituzionale: se e in quale misura una Regione possa disciplinare una materia nella quale convergono tutela della vita, autodeterminazione della persona, organizzazione del servizio sanitario e riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni³.

¹ Cfr. A. CANDIDO, *Le Regioni possono disciplinare il suicidio medicalmente assistito? Limiti costituzionali dell'intervento regionale dopo la sentenza n. 204 del 2025*, in Centro Studi Rosario Livatino (www.centrostudilivatino.it), 2026.

² Sulla nozione di fine vita, cfr. A. ALBERTI, *La vita nella costituzione*, Napoli 2021, 91 ss.; sul tema, si rinvia a M. RONCO (a cura di), *Il "diritto" di essere uccisi: verso la morte del diritto?*, Torino 2019.

³ Sul dibattito concernente la via regionale al suicidio medicalmente assistito cfr., tra gli altri, su posizioni diverse, 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 Gruppo di Pisa (www.gruppodipisa.it), 1/2023, 93 ss.; L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi*, in Riv. AIC (www.rivistaaic.it), 1/2024, 385 ss.; E. ROSSI, *Le Regioni di fronte all'inerzia del legislatore statale nella disciplina del suicidio assistito: un'ipotesi di "chiamata in sussidiarietà invertita"?*, in Astrid Rassegna (www.astrid-online.it), 3/2025, 1 ss.; F.G. PIZZETTI, *La proposta di legge piemontese in materia di assistenza al suicidio, alla luce della giurisprudenza costituzionale e del riparto di competenze Stato-Regioni*, in Il Piemonte delle Autonomie (www.piemonteaautonomie.it), 1/2024, 45 ss.; M. LOSANA, G. SOBRINO, *Brevi osservazioni sulla*

La sopravvenienza della sentenza n. 148 del 2026 consente, inoltre, di precisare il metodo dell'indagine. Il problema non può essere risolto attraverso una qualificazione unitaria dell'intervento regionale, dovendosi invece verificare, disposizione per disposizione, se le singole previsioni si mantengano sul terreno dell'organizzazione sanitaria o incidano su ambiti riservati alla competenza statale. È lo stesso giudice costituzionale ad aver adottato questa impostazione, respingendo le censure rivolte alla legge sarda nel suo complesso e procedendo poi all'esame analitico delle singole disposizioni.

Proprio sotto questo profilo il quadro ordinamentale è profondamente mutato negli ultimi mesi. La sentenza n. 204 del 2025 della Corte costituzionale, pronunciata sulla legge della Regione Toscana n. 16 del 2025, ha costituito il primo fondamentale parametro interpretativo per valutare la legittimità costituzionale degli interventi legislativi regionali in materia⁴. A essa si

pdl regionale n. 295/2023 in tema di suicidio assistito, ivi, 2/2024, 226 ss.; A. COSTANTINI, Norme regionali e aiuto al suicidio, ivi, 3/2024, 313 ss.; 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 (www.cortisupremeesalute.it), 1/2024, 239 ss.; A. CANDIDO, Il fine vita tra Stato e Regioni, in Consulta OnLine (www.giurcost.org), 3/2024, spec. 994 ss.

⁴ I primi commenti alla decisione hanno posto in evidenza come la pronuncia rappresenti il primo organico intervento della Corte costituzionale volto a definire il riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni in materia di suicidio medicalmente assistito, pur con valutazioni differenti circa l'effettiva ampiezza dello spazio riconosciuto all'autonomia regionale. Cfr. C. MASCIOTTA, *La Corte costituzionale "salva" in parte la legge toscana in materia di fine vita attraverso una "ricostruzione chirurgica" dei titoli competenziali*, in *Oss. fonti* (www.osservatoriosullefonti.it), 1/2026, 258 ss.; T. SPASARI, *Autonomia regionale e riserva di legge statale nella disciplina del fine vita: riflessioni alla luce della sentenza n. 204 del 2025*, in *Consulta OnLine* (www.giurcost.org), 1/2026, 277 ss.; L. DE CARLO, G. VALENTINI, *Prospettive future della legge della Regione Toscana sul "suicidio medicalmente assistito" dopo la*

è ora affiancata la sentenza n. 148 del 2026, relativa alla legge sarda, che ne ha confermato l'impostazione generale e, al tempo stesso, ne ha ulteriormente precisato il metodo e gli esiti applicativi. Le due decisioni assumono pertanto una portata che trascende i rispettivi casi concreti, poiché individuano i criteri destinati a governare il riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni nella materia *de qua*⁵.

Le considerazioni che seguono muovono da tale duplice presupposto metodologico⁶. L'analisi della legge emiliano-romagnola sarà svolta non tanto

sentenza della Corte costituzionale n. 204 del 2025, in *Le Costituzionaliste* (www.lecostituzionaliste.it), 15 giugno 2026.

⁵ In precedenti contributi, sulla base del quadro giurisprudenziale allora disponibile, si era sostenuta una ricostruzione più restrittiva della competenza regionale, valorizzando la riserva statale sui profili sostanziali della disciplina e l'assenza di un autonomo titolo regionale di intervento in materia. Le successive sentenze nn. 204 del 2025 e 148 del 2026 hanno riconosciuto uno spazio regionale di disciplina organizzativa e procedimentale di dettaglio, fermo il limite delle competenze esclusive statali e dei principi fondamentali della tutela della salute. Cfr. A. CANDIDO, *Il fine vita tra Stato e Regioni*, cit.; ID., *Fine vita, cure palliative, dignità: tra equilibri istituzionali (da ricercare) e conflitti di competenza (da risolvere)*, in *Oss. fonti* (www.osservatoriosullefonti.it), n. 2/2025, spec. 408 ss.

⁶ Parte della dottrina ha valorizzato la sentenza n. 204 del 2025 soprattutto quale riconoscimento della possibilità per le Regioni di intervenire, sia pure entro limiti rigorosi, nella disciplina del suicidio medicalmente assistito; il presente contributo si propone di precisare i limiti entro i quali tale spazio di intervento può essere esercitato, anche alla luce della successiva sentenza n. 148 del 2026. Secondo L. BUSATTA, *Regioni e fine vita: a proposito della legge toscana sul suicidio medicalmente assistito*, in *Oss. cost.* (www.osservatorioaic.it), 4/2025, 112, le Regioni e, *in primis*, l'amministrazione sanitaria, possono regolare la materia del fine vita. A. NAVARRA SILVERII, *La geografia del fine vita in Italia: un breve excursus sulle iniziative legislative regionali in materia di suicidio medicalmente assistito*, in *Le*

nella prospettiva dell'opportunità delle scelte legislative, quanto alla luce dei principi costituzionali in materia di riparto delle competenze, della giurisprudenza della Corte costituzionale e dell'assetto complessivo delle fonti che governano un settore nel quale risultano inevitabilmente coinvolti diritti fondamentali della persona e interessi pubblici di primario rilievo.

A partire da questa prospettiva, si cercherà di verificare se e in quale misura le diverse disposizioni della legge emiliano-romagnola si mantengano entro lo spazio di intervento regionale riconosciuto dalla giurisprudenza costituzionale ovvero presentino profili di tensione con i limiti che le sentenze nn. 204 del 2025 e 148 del 2026 hanno individuato.

2. Le sentenze nn. 204 del 2025 e 148 del 2026 della Corte costituzionale: i confini della competenza regionale

Qualunque valutazione sulla legge della Regione Emilia-Romagna n. 10 del 2026 deve necessariamente prendere le mosse dalla sentenza n. 204 del 29 dicembre 2025, pronunciata dal giudice delle leggi sul ricorso promosso dal Governo avverso la legge della Regione Toscana n. 16 del 2025, recante «Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024».

Per la prima volta il giudice delle leggi non è stato chiamato a delimitare l'area della non punibilità dell'aiuto al suicidio, bensì a definire l'assetto

Costituzionaliste (www.lecostituzionaliste.it), 5 maggio 2026, riconosce che la Corte costituzionale, con la sentenza n. 204 del 2025, ha rigidamente parametrato lo spazio di azione dell'autonomia regionale; cfr. anche F. VIVALDELLI, *La Corte costituzionale si pronuncia sul riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni in materia di aiuto al suicidio. Note a margine di Corte cost. n. 204/2025*, in *Corti Supreme e salute* (www.cortisupremeesalute.it), 1/2026, 1 ss.

costituzionale delle competenze legislative. In questo senso, la decisione in questione rappresenta la prima vera pronuncia sul regionalismo del fine vita⁷, diventando il punto di riferimento imprescindibile per ogni successiva iniziativa legislativa regionale in materia⁸.

A pochi mesi di distanza, tale quadro è stato ulteriormente precisato dalla sentenza n. 148 del 2026, avente ad oggetto la legge della Regione autonoma della Sardegna n. 26 del 2025⁹. La seconda decisione si colloca in espressa continuità con la precedente: la Corte richiama infatti diffusamente la

⁷ La sentenza n. 204 del 2025 costituisce l'approdo di un percorso avviato con l'ord. n. 207 del 2018 e sviluppatosi attraverso le sentt. nn. 242 del 2019, 135 del 2024 e 66 del 2025. Cfr., tra gli altri, M. MASSA, *Una ordinanza interlocutoria in materia di suicidio assistito. Considerazioni processuali a prima lettura*, in *Riv. it. medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 4/2018, 1323 ss.; A. RUGGERI, *La Consulta equilibrista sul filo del fine vita (a prima lettura di Corte cost. n. 135 del 2024)*, in *Consulta OnLine* (www.giurcost.org), II/2024, 931 ss.; 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.*, 4/2019, 457 ss.; F. VARI, *Ancora in tema di assistenza al suicidio ed eutanasia*, in *Consulta online* (www.giurcost.org), II/2025, 516 ss.

⁸ Per una ricostruzione complessiva della vicenda, dalla giurisprudenza della Corte EDU sino alla legge toscana n. 16 del 2025, v. L. BIANCHI, *Per un inquadramento costituzionale della legge della Regione Toscana sul suicidio assistito*, in *Gruppo di Pisa* (www.gruppodipisa.it), 2/2025, spec. § 2-5, il quale evidenzia come il problema della competenza legislativa regionale non possa essere isolato dal complessivo quadro convenzionale e costituzionale in materia di tutela della vita e autodeterminazione terapeutica.

⁹ Cfr. Corte cost., sent. n. 148/2026, spec. punti 7 ss. del *Cons. in dir.*, relativa alla legge della Regione autonoma Sardegna 18 settembre 2025, n. 26, recante «Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019».

sentenza n. 204 del 2025, applicandone i criteri alle singole disposizioni della legge sarda e rendendo così più nitida la linea di confine tra disciplina organizzativa regionale e ambiti riservati alla legislazione statale.

La decisione n. 204 del 2025 ha dato luogo a interpretazioni profondamente divergenti, che riflettono due differenti modi di intendere il rapporto tra autonomia regionale e unità dell'ordinamento.

Alla luce della successiva sentenza n. 148 del 2026, appare tuttavia opportuno evitare letture eccessivamente unilaterali della prima pronuncia. È certamente vero che la Corte ha escluso l'esistenza di una preclusione assoluta all'intervento del legislatore regionale¹⁰, riconducendo la disciplina organizzativa del procedimento nell'ambito della materia concorrente della tutela della salute¹¹. La successiva decisione sulla legge sarda ha confermato espressamente questo assunto, riconoscendo che le Regioni possono adottare disposizioni di dettaglio relative all'attività delle aziende sanitarie, purché esse si mantengano entro i principi fondamentali desumibili dalla legislazione statale vigente, letta alla luce della giurisprudenza costituzionale.

Nello stesso tempo, però, il giudice delle leggi ha individuato una serie di limiti costituzionali particolarmente penetranti¹², destinati a circoscrivere in

¹⁰ Non si ritiene, tuttavia, di condividere la tesi – sostenuta, tra gli altri, da C. CARUSO, *La libertà dimezzata. Il fine vita ai tempi della polarizzazione etica*, in *Quad. cost.*, 2/2026, 377 – secondo cui la Corte avrebbe salvato l'impianto generale della legge toscana.

¹¹ L. BUSATTA, *Regioni e fine vita*, cit., spec. 108 ss., aveva valorizzato la prospettiva di un regionalismo cooperativo quale possibile strumento di attuazione dei diritti fondamentali nell'inerzia del legislatore statale.

¹² Come osserva F. VIVALDELLI, *La Corte costituzionale si pronuncia sul riparto di competenze legislative*, cit., 20-21, la sentenza n. 204 del 2025 considera estranee alla competenza regionale tutte le scelte «che necessitano di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di eguaglianza», con particolare riferimento ai termini della

misura significativa gli spazi concretamente disponibili per la legislazione regionale¹³.

Sotto questo versante, la sentenza n. 204 del 2025 è caratterizzata da un duplice movimento. Da un lato, essa riconosce alle Regioni un circoscritto spazio di intervento sul piano organizzativo e procedimentale; dall'altro, riafferma con forza la competenza esclusiva dello Stato ogniquale volta vengano in rilievo profili riconducibili all'ordinamento civile e penale, alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni ovvero ai principi fondamentali della tutela della salute.

La decisione n. 148 del 2026 conferma questa impostazione e, soprattutto, ne chiarisce il metodo applicativo. La Corte respinge, infatti, le censure rivolte alla legge sarda nel suo complesso, escludendo che la disciplina regionale determini, in quanto tale, un'invasione dell'ordinamento civile o penale, della competenza statale sui livelli essenziali delle prestazioni o dei principi fondamentali della tutela della salute; procede però, subito dopo, all'esame

procedura, alla composizione della commissione multidisciplinare e agli altri profili suscettibili di incidere sul contenuto sostanziale della disciplina.

¹³ Così A. RUGGERI, *La "regionalizzazione" della disciplina del fine-vita: un bicchiere mezzo pieno per le fonti di autonomia e mezzo vuoto per la Costituzione (a prima lettura di Corte cost. n. 204 del 2025)*, in *Consulta OnLine* (www.giurcost.org), I/2026, III. In termini non sempre coincidenti, L. BIANCHI, *Per un inquadramento costituzionale della legge della Regione Toscana*, cit.; G.L. CONTI, *Dare a Cesare quel che è di Cesare (e comunque meglio Kierkegaard di San Tommaso)*, in *Oss. fonti* (www.osservatoriosullefonti.it), I/2025, 38 ss.; A. LO CALZO, *La legge della Regione Toscana n. 16/2025 sulle "Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024", tra esigenze di certezza nell'uniforme godimento dei diritti e riserve di competenza del legislatore statale*, in *Corti supreme e salute* (www.cortisupremeasalute.it), 3/2025, 799 ss.; G. BARCELLONA, *Tanto rumore per nulla: brevi note a margine della legge toscana del 14 marzo 2025 n. 16*, in *Consulta OnLine* (www.giurcost.org), III/2025, 1536 ss.

analitico delle singole disposizioni, verificando per ciascuna di esse se il legislatore regionale sia rimasto nell'ambito della disciplina organizzativa di dettaglio ovvero abbia oltrepassato tale limite. Questo passaggio assume particolare rilievo metodologico. Non è dunque possibile desumere la legittimità o l'illegittimità costituzionale di una legge regionale dalla sua qualificazione complessiva come disciplina "organizzativa", né, all'opposto, dalla circostanza che essa regoli un procedimento concernente il suicidio medicalmente assistito. Occorre verificare il contenuto e gli effetti di ciascuna disposizione.

La Corte ha così considerato riconducibile alla competenza regionale l'istituzione di commissioni multidisciplinari permanenti, qualificate come strumenti organizzativi destinati alla verifica dei requisiti e delle modalità di attuazione della procedura. La sentenza n. 148 del 2026 ribadisce, su questo punto, quanto già affermato dalla n. 204 del 2025¹⁴, riconoscendo che simili previsioni si configurano come statuizioni di carattere organizzativo e come disciplina di dettaglio in materia di tutela della salute¹⁵.

Analogamente, non ogni previsione concernente i tempi del procedimento eccede la competenza regionale. La Corte ha infatti distinto tra termini rigidi, suscettibili di comprimere la necessaria accuratezza degli accertamenti clinici e la formazione libera e consapevole della volontà del paziente, e termini

¹⁴ Oltre ai contributi già menzionati, a proposito della legge toscana, tra gli altri, si rinvia a S. PICCOTTI, *La legge della Regione Toscana sul suicidio medicalmente assistito*, in *Oss. cost.* (www.osservatorioaic.it), 5/2025, 5 ss.; G. RAZZANO, *La legge della regione Toscana sul suicidio assistito: regionalismo differenziato «in un ambito ad altissima sensibilità eticosociale», concernente i principi supremi, i diritti inviolabili e la materia penale?*, in *Consulta OnLine* (www.giurcost.org), II/2025, 560 ss.; E. ROSSI, *La legge toscana sul fine vita*, in *Quad. cost.*, 2/2025, 410 ss.; A. PUGIOTTO, *Caso Cappato-bis: l'altra faccia della sent. n. 135/2024*, *ivi*, 4/2024, 898 ss.

¹⁵ Cfr. Corte cost., sent. n. 148/2026, punto 11 del *Cons. in dir.*; Corte cost., sent. n. 204/2025, punto 5 del *Cons. in dir.*

meramente acceleratori, diretti ad assicurare la sollecita presa in carico dell'istanza o la tempestiva comunicazione dell'esito. Questi ultimi sono stati ritenuti compatibili con la competenza regionale¹⁶.

Per contro, restano sottratte alla disponibilità del legislatore regionale le scelte che incidono direttamente sulla conformazione sostanziale della fattispecie. Così, la sentenza n. 148 del 2026 ha dichiarato costituzionalmente illegittima la disposizione sarda che rinviava ai requisiti individuati dalla “giurisprudenza costituzionale”, ritenendo che anche un rinvio mobile alle proprie pronunce determini una indebita cristallizzazione, nella fonte regionale, dei requisiti che delimitano la causa di non punibilità dell'art. 580 c.p.¹⁷.

Lo stesso criterio è stato applicato alle previsioni concernenti lo svolgimento della procedura. Sono stati dichiarati illegittimi i termini stringenti imposti per la conclusione degli accertamenti, poiché tali disposizioni incidono su scelte che necessitano di uniformità sul territorio nazionale e possono compromettere la possibilità di svolgere tutti gli approfondimenti clinici e diagnostici richiesti dal caso concreto¹⁸.

Ancora più significativa è la statuizione relativa alle modalità di attuazione del suicidio medicalmente assistito. La Corte ha nuovamente escluso che la Regione possa imporre una disciplina che attribuisca alle aziende sanitarie il compito di fornire il supporto tecnico e farmacologico e l'assistenza medica alla preparazione dell'autosomministrazione, ritenendo che, sotto questo profilo, il legislatore regionale non si limiti più a dettare una disciplina

¹⁶ Cfr. Corte cost., sent. n. 148/2026, punto 12.5 del *Cons. in dir.*; Corte cost., sent. n. 204/2025, punto 7.2 del *Cons. in dir.*

¹⁷ Cfr. Corte cost., sent. n. 148/2026, punto 10 del *Cons. in dir.*; Corte cost., sent. n. 204/2025, punto 4 del *Cons. in dir.*

¹⁸ Cfr. Corte cost., sent. n. 148/2026, punti 12.1-12.3 del *Cons. in dir.*; Corte cost., sent. n. 204/2025, punto 7.1 del *Cons. in dir.*

di dettaglio, ma finisca per appropriarsi della determinazione dei principi fondamentali della materia¹⁹.

Tale conclusione deve, tuttavia, essere coordinata con un'ulteriore affermazione della Corte, particolarmente importante ai fini della presente indagine. La declaratoria di illegittimità della disciplina regionale delle modalità di esecuzione non elimina, secondo il giudice costituzionale, il diritto della persona, una volta positivamente verificati i requisiti, a ottenere dall'azienda sanitaria il farmaco, gli eventuali dispositivi necessari all'autosomministrazione e l'assistenza sanitaria durante l'esecuzione della procedura. La sentenza n. 148 del 2026 richiama sul punto la portata autoapplicativa della precedente sentenza n. 132 del 2025²⁰.

La distinzione diviene dunque più sottile di quanto potesse apparire all'indomani della sola sentenza n. 204 del 2025. Il problema non consiste nel negare in radice l'esistenza di attività che il Servizio sanitario sia tenuto a svolgere, ma nello stabilire quali aspetti di tali attività possano essere disciplinati dal legislatore regionale e quali, invece, postulino una determinazione uniforme a livello statale. In altri termini, le sentenze nn. 204 del 2025 e 148 del 2026 non attribuiscono alle Regioni una generale potestà normativa in materia di suicidio medicalmente assistito, ma neppure riducono la competenza regionale alla mera organizzazione interna degli uffici. Esse configurano piuttosto uno spazio normativo di dettaglio, riconducibile alla tutela della salute, i cui confini devono essere ricostruiti in concreto attraverso l'esame delle singole disposizioni e della loro effettiva incidenza sui diritti,

¹⁹ Cfr. Corte cost., sent. n. 148/2026, punto 13 del *Cons. in dir.*; Corte cost., sent. n. 204/2025, punto 8.1 del *Cons. in dir.*

²⁰ Cfr. Corte cost., sent. n. 148/2026, punto 13 del *Cons. in dir.*; Corte cost., sent. n. 204/2025, punto 8.1 del *Cons. in dir.*; Corte cost., sent. n. 132/2025, punto 4.2 del *Cons. in dir.*

sugli obblighi delle strutture sanitarie e sui principi fondamentali riservati alla legislazione statale²¹.

La ricostruzione accolta dalla sentenza n. 148 del 2026 non è, tuttavia, priva di profili problematici. In particolare, l'individuazione dei principi fondamentali della materia attraverso una lettura congiunta di disposizioni statali dettate per fattispecie diverse e delle pronunce della stessa Corte finisce per attribuire alla giurisprudenza costituzionale una funzione conformativa particolarmente intensa in un settore nel quale manca tuttora una disciplina legislativa statale organica. Il problema non consiste nel negare gli effetti delle decisioni della Corte sull'ordinamento, ma nel verificare sino a che punto tali effetti possano concorrere essi stessi alla costruzione del parametro che consente l'esercizio della competenza legislativa regionale. Il rischio è quello di una parziale circolarità: la giurisprudenza individua obblighi e principi non esplicitamente disciplinati dal legislatore statale e questi ultimi vengono poi assunti quale fondamento dell'intervento regionale. Analoga cautela merita l'affermazione secondo cui dalla portata autoapplicativa della giurisprudenza

²¹ Sul percorso giurisprudenziale concernente la materia del fine vita, oltre ai contributi richiamati, cfr. A. RUGGERI, *Venuto alla luce alla Consulta l'ircocervo costituzionale (a margine della ordinanza n. 207 del 2018 sul caso Cappato)*, in *Consulta OnLine* (www.giurcost.org), 3/2018, 571 ss.; G. RAZZANO, *La Corte costituzionale sul caso Cappato: può un'ordinanza chiedere al Parlamento di legalizzare il suicidio assistito?*, in *Dir. fond.* (www.dirittifondamentali.it), 1/2019, 1 ss.; M. CECCHETTI, *Appunti diagnostici e prognostici in vista della definizione del giudizio costituzionale sul "caso Cappato"*, in *Federalismi.it* (www.federalismi.it), 17/2019, 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 *Consulta OnLine* (www.giurcost.org), 1/2020, 1 ss.; A. MATTEONI, *Legittimità, tenuta logica e valori in gioco nelle "decisioni di incostituzionalità prospettata": verso un giudizio costituzionale di ottemperanza?*, *ivi*, 348 ss.; F. GIRELLI, *L'"ordinanza Cappato" e il fattore tempo nella giustizia costituzionale*, *ivi*, 2/2022, 466 ss.

costituzionale discenderebbe, una volta verificati i requisiti, un vero e proprio diritto a ottenere dal Servizio sanitario il farmaco, i dispositivi e l'assistenza durante l'esecuzione: si tratta di un approdo che segna un significativo avanzamento rispetto alla matrice originariamente penalistica della sentenza n. 242 del 2019 e che rende ancora più delicato il problema della fonte competente a definire contenuto e limiti della posizione così riconosciuta.

3. La giurisprudenza costituzionale e il ruolo del legislatore

La legge della Regione Emilia-Romagna muove da una premessa esplicitata già nella propria rubrica: la necessità di disciplinare le modalità organizzative per l'«attuazione» delle sentenze della Corte costituzionale nn. 242 del 2019 e 135 del 2024. Si tratta, tuttavia, di un presupposto giuridico che merita di essere attentamente verificato.

L'espressione «attuazione delle sentenze della Corte costituzionale»²² richiede, tuttavia, qualche precisazione. Essa non può essere intesa nel senso che dalle decisioni richiamate derivi, in capo alle Regioni, un autonomo obbligo di intervento legislativo volto a dare esecuzione alla giurisprudenza costituzionale. Ciò non significa, peraltro, negare che dalle pronunce della Corte discendano effetti conformativi dell'ordinamento, né che, secondo la più recente giurisprudenza costituzionale, il Servizio sanitario sia tenuto a svolgere determinate attività nell'ambito della procedura di suicidio medicalmente

²² Sulla qualificazione degli interventi regionali come mera «attuazione» della giurisprudenza costituzionale v. L. BUSATTA, *Regioni e fine vita*, cit., spec. 95 ss.; ma anche ID., *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, in *Oss. cost.* (www.osservatorioaic.it), 3/2024, 171 ss., che valorizza il ruolo dell'autonomia regionale nel fornire effettività ai diritti fondamentali.

assistito²³. Il problema è piuttosto stabilire quali conseguenze normative possano essere tratte da tali decisioni e, soprattutto, quale sia il legislatore costituzionalmente competente a disciplinarle²⁴.

La Corte non ha mai affermato che dall'area di non punibilità discenda automaticamente un diritto soggettivo perfetto all'erogazione di una prestazione sanitaria pubblica avente a oggetto il suicidio medicalmente assistito²⁵.

²³ In senso critico rispetto alla prospettiva di un'immediata esigibilità della prestazione sanitaria, cfr. F. CAMPODONICO, *Fine vita e suicidio medicalmente assistito: dalla sentenza n. 242 del 2019 alla recentissima sentenza n. 132 del 2025. Tra (presunti) diritti, perdurante necessità di tutela degli individui fragili e vulnerabili, possibili interventi legislativi e rischio di un progressivo deterioramento costituzionale*, in *Federalismi.it* (www.federalismi.it), 30/2025, 94, il quale osserva come le iniziative legislative regionali muovano dal presupposto, non condivisibile, secondo cui la sent. n. 242 del 2019 avrebbe riconosciuto un diritto inviolabile ad ottenere il suicidio assistito dalle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale

²⁴ In senso analogo, con riferimento alla sent. n. 242 del 2019, è stato osservato che la Corte costituzionale ha delineato una circoscritta area di non punibilità, senza introdurre un generale diritto a ottenere dal Servizio sanitario nazionale una prestazione avente a oggetto il suicidio medicalmente assistito. Cfr. A. CANDIDO, *Il fine vita tra Stato e Regioni*, cit., 992; G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio, i rilievi dell'Avvocatura Generale dello Stato, le forzature del Tribunale di Trieste e della commissione nominata dall'azienda sanitaria*, in *Consulta OnLine* (www.giurcost.org), 1/2024, 73; M.G. NACCI, *Note critiche sulle iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, in *Il Piemonte delle Autonomie* (www.piemonteautonomie.it), 1/2024, 7; sul tema, cfr. anche C. TRIPODINA, *La "circoscritta area" di non punibilità dell'aiuto al suicidio. Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, in *Corti supreme e salute* (www.cortisupremeelalute.it), 2/2019, spec. § 2.

²⁵ Condivisibilmente, L. EUSEBI, *Il suicidio assistito dopo Corte cost. n. 242/2019. A prima lettura*, in *Corti supreme e salute* (www.cortisupremeelalute.it), 2/2019, 194, sostiene che

Essa ha invece operato su un piano radicalmente diverso: quello della delimitazione dell'area della responsabilità penale derivante dall'art. 580 c.p.

La sentenza n. 242 del 2019 ha dichiarato costituzionalmente illegittimo l'art. 580 del codice penale nella parte in cui non esclude la punibilità di chi agevoli l'esecuzione del proposito di suicidio di una persona che si trovi in condizioni eccezionali, rigorosamente individuate dalla stessa Corte. Ciò non equivale al riconoscimento di un generale diritto a terminare la propria vita in ogni situazione di sofferenza intollerabile. La stessa Corte ha da ultimo ribadito che la sentenza n. 242 del 2019 ha sottratto alla punibilità soltanto una «circoscritta classe di casi»²⁶ e che il fondamento della soluzione adottata risiede nella particolare situazione del paziente che già dispone, ai sensi della legge n. 219 del 2017 e dell'art. 32, co. 2, Cost., del diritto di porre termine alla propria vita attraverso il rifiuto di un trattamento necessario alla sopravvivenza.

La sentenza n. 135 del 2024 si colloca nel medesimo solco. Anche in tale occasione la Corte si limita a precisare i presupposti entro i quali opera la causa di non punibilità già delineata nel 2019²⁷. La verifica di tali condizioni

dalla decisione della Corte non emerge alcuna traccia del dovere del medico di attivarsi per rendere praticabile il suicidio. In senso critico verso l'affermazione secondo cui non vi sarebbe un obbligo di procedere in capo al medico, cfr. M. D'AMICO, *Il "fine vita" davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019)*, in *Oss. cost.* (www.osservatorioaic.it), 1/2020, 301; O. CARAMASCHI, *La Corte costituzionale apre al diritto all'assistenza nel morire in attesa dell'intervento del legislatore (a margine della sent. n. 242 del 2019)*, *ivi*, 384, evidenzia il rischio che il suicidio medicalmente assistito possa diventare un diritto privo di azionabilità.

²⁶ Così Corte cost., sent. n. 152/2026, punto 16.2 del *Cons. in dir.*

²⁷ Si rinvia, tra gli altri, al commento di A. RUGGERI, *La Consulta equilibrata sul filo del fine vita*, cit., 931 ss.; cfr. anche A.R. VITALE, *La morte assistita e i trattamenti di sostegno*

continua a inserirsi nel contesto normativo delineato dalla legge n. 219 del 2017, che valorizza la relazione di cura, il consenso informato, il coinvolgimento del paziente e l'effettiva possibilità di accedere alle cure palliative. L'intero impianto argomentativo della giurisprudenza costituzionale continua, dunque, a essere costruito attorno al difficile bilanciamento tra autodeterminazione della persona malata, tutela della vita e doveri di solidarietà²⁸.

La recente sentenza n. 152 del 2026 offre, sotto questo profilo, un'importante precisazione. Nel dichiarare nuovamente non fondate le questioni rivolte contro il requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale, la Corte ha ribadito che dalla Costituzione non discende un generale diritto al suicidio assistito e ha ricondotto la soluzione inaugurata nel 2019 al peculiare fondamento rappresentato dal diritto al rifiuto delle cure. Al tempo stesso, essa ha riaffermato che la libertà di autodeterminazione deve essere bilanciata con il dovere dello Stato di tutelare la vita, che si colloca in posizione apicale nell'ambito dei diritti fondamentali della persona.

Queste considerazioni consentono anche di precisare il rapporto tra giurisprudenza costituzionale e discrezionalità legislativa. Non si intende qui negare che le decisioni della Corte costituzionale possano produrre effetti innovativi sull'ordinamento, specie attraverso pronunce manipolative. Ciò non significa, tuttavia, riconoscere alla giurisprudenza costituzionale una funzione normativa generale o sostitutiva del legislatore, tanto più in una materia nella quale vengono in rilievo scelte di principio e bilanciamenti di elevata

*vitale come problemi biogiuridici tra il nominalismo della Corte costituzionale e l'ontologia della realtà (giuridica), in Consulta OnLine (www.giurcost.org), 3/2024, 1075 ss.; G. ATZORI, La Corte costituzionale "allo specchio": Cappato II e il giudizio di costituzionalità sui propri precedenti. Quali coordinate minime?, in *Federalismi.it* (www.federalismi.it), 22/2025, 50 ss.*

²⁸ Sul rapporto tra art. 2 CEDU, consenso informato e rifiuto dei trattamenti sanitari v. Corte EDU, *Pretty c. Regno Unito*, 29 aprile 2002; Corte EDU, *Karsai c. Ungheria*, 13 giugno 2024.

sensibilità politica ed etica. Il punto è diverso. Come ha chiarito ancora la sentenza n. 152 del 2026²⁹, compito della Corte non è sostituirsi al legislatore nell'individuazione del punto di equilibrio in astratto più appropriato tra autodeterminazione e tutela della vita, bensì fissare il limite minimo costituzionalmente imposto, restando affidata alla discrezionalità legislativa l'eventuale individuazione di soluzioni che assicurino una tutela più intensa all'uno o all'altro dei principi coinvolti³⁰.

La successiva evoluzione giurisprudenziale impone, tuttavia, di distinguere il mancato riconoscimento di un generale diritto al suicidio assistito dall'individuazione di specifiche pretese nei confronti delle strutture sanitarie³¹. Sul piano del diritto positivo, la sentenza n. 148 del 2026 non consente più di negare che, una volta positivamente verificati i requisiti, la persona possa ottenere dall'azienda sanitaria il farmaco, gli eventuali dispositivi necessari all'autosomministrazione e l'assistenza sanitaria durante l'esecuzione. Questo approdo, tuttavia, non equivale alla configurazione di una generale prestazione sanitaria di suicidio medicalmente assistito, né risolve il problema della fonte competente a determinarne contenuto, limiti e modalità fondamentali. Al contrario, rende ancora più evidente la peculiarità di una situazione nella quale alcuni obblighi del Servizio sanitario sono stati progressivamente conformati dalla giurisprudenza costituzionale in assenza di una disciplina statale organica. Proprio per questo il legislatore regionale non

²⁹ Cfr. Corte cost., sent. n. 152/2026, punto 17.2 del *Cons. in dir.*

³⁰ Come osserva A. MORELLI, *La voce del silenzio. La decisione della Corte sull'aiuto al suicidio e il «perdurare dell'inerzia legislativa»*, in *Dir. fond.* (www.dirittifondamentali.it), 1/2020, 735, «la funzione normativa del Parlamento non può ritenersi però del tutto fungibile con quella di fatto svolta dalla Corte, il cui ruolo rimane pur sempre quello di un organo di garanzia».

³¹ Così Corte cost., sent. n. 204/2025, punto 5 del *Cons. in dir.*; ma, allo stesso modo, cfr. Corte cost., sent. n. 242/2019, punto 6 del *Cons. in dir.*

può utilizzare tali obblighi come titolo per sviluppare autonomamente una disciplina positiva della prestazione.

Il problema, pertanto, non è più quello di contrapporre una mera causa di non punibilità a una prestazione sanitaria che sarebbe del tutto estranea all'ordinamento³². Esso consiste piuttosto nell'individuare il fondamento, l'estensione e soprattutto il livello normativo competente a disciplinare gli obblighi che la giurisprudenza costituzionale ha progressivamente riconosciuto in capo al Servizio sanitario.

La circostanza che la giurisprudenza costituzionale abbia progressivamente conformato la disciplina dell'aiuto al suicidio non consente, tuttavia, di sovrapporre il contenuto costituzionalmente necessario delle sue decisioni alle ulteriori scelte normative che esse rimettono al legislatore. Proprio nelle materie eticamente sensibili, la Corte ha più volte sottolineato l'esistenza di uno spazio di discrezionalità politica entro il quale possono essere operate differenti soluzioni di bilanciamento, purché rispettose dei limiti costituzionali. In questo senso, l'espressione «attuazione delle sentenze» utilizzata dalla legge emiliano-romagnola può soltanto descrivere l'esigenza di organizzare, nell'ambito del Servizio sanitario regionale, attività che trovano già fondamento nell'ordinamento statale come conformato dalla giurisprudenza costituzionale; non può invece assumere il significato di un autonomo titolo competenziale che abiliti la Regione a recepire, cristallizzare o sviluppare normativamente i principi elaborati dalla Corte negli ambiti riservati alla legislazione statale.

³² Cfr. anche Corte cost., sent. n. 66/2025, con nota di A. CANDIDO, *Il bilanciamento costituzionale tra vita e autodeterminazione. Note a margine della sentenza n. 66 del 2025*, in *Giur. cost.*, 3/2025, spec. 686. A commento della decisione, cfr. anche M.E. BUCALO, S. CRAXI, *La Corte costituzionale si ferma: riflessioni su requisiti sostanziali, garanzie procedurali e centralità delle tutele a partire dalla sentenza n. 66 del 2025*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto* (www.teseo.unitn.it/biolaw), 4/2025, 343 ss.

La questione decisiva non è dunque se le Regioni possano “attuare” la giurisprudenza costituzionale, ma entro quali limiti possano disciplinare, nell’esercizio della competenza concorrente in materia di tutela della salute, attività che trovano il proprio fondamento in un quadro normativo definito a livello statale.

4. Lo spazio della competenza regionale nella disciplina del suicidio medicalmente assistito

Si è detto che la Corte costituzionale non ha escluso in termini assoluti la possibilità di un intervento regionale in materia di suicidio medicalmente assistito. Tale affermazione, tuttavia, non può essere isolata dal complessivo impianto argomentativo delle sentenze nn. 204 del 2025 e 148 del 2026. Esse individuano un delicato punto di equilibrio tra autonomia regionale e competenze statali, riconoscendo alle Regioni uno spazio normativo riconducibile alla tutela della salute, purché la disciplina adottata non interferisca con gli ambiti riservati allo Stato dall’art. 117 della Costituzione³³.

Il riconoscimento di una componente riconducibile alla tutela della salute non si traduce, tuttavia, in un titolo generale di competenza regionale sul suicidio medicalmente assistito. Lo spazio riconosciuto alle Regioni deve

³³ Come ha osservato la Corte, «nel dettare tale disciplina procedimentale in taluni casi le disposizioni della legge regionale impugnata finiscono per riprodurre indebitamente o addirittura per incidere indirettamente sull’estensione concreta dei diritti in gioco» (Corte cost., sent. n. 204 del 2025, punto 2.5 del *Cons. in dir.*).

essere ricostruito nel rispetto delle competenze esclusive statali e dei principi fondamentali della materia³⁴.

La sentenza n. 148 del 2026 consente, tuttavia, di precisare ulteriormente questo assunto. La competenza regionale non è circoscritta alla sola organizzazione interna degli apparati sanitari, potendo estendersi alla disciplina di dettaglio delle attività e di alcuni segmenti procedimentali attraverso i quali il Servizio sanitario dà seguito alle richieste dell'interessato³⁵. La Corte ha infatti ricondotto alla tutela della salute l'attività delle aziende sanitarie locali e ha affermato che i principi fondamentali della materia possono essere desunti dalla legislazione statale vigente, letta alla luce della propria giurisprudenza.

La distinzione tra organizzazione amministrativa ed esercizio della funzione pubblica³⁶ conserva utilità quale criterio interpretativo, senza tuttavia consentire di ritenere estranea alla competenza regionale qualsiasi disciplina del procedimento. Come dimostra la decisione n. 148 del 2026, anche alcuni segmenti procedimentali possono costituire disciplina di dettaglio della tutela

³⁴ Sul criterio della prevalenza, sull'intreccio delle competenze legislative e sulla ricostruzione sostanziale delle materie, la dottrina è sterminata; ad esempio, cfr. G. FALCON, *Modello e transizione nel nuovo Titolo V della Parte seconda della Costituzione*, in *Le Regioni*, 6/2001, 1247 ss. Si rinvia alla bibliografia richiamata in A. CANDIDO, *Confini mobili. Il principio autonomista nei modelli teorici e nelle prassi del regionalismo italiano*, Milano 2012, spec. 207 ss.

³⁵ Come ha osservato G. PAPA, *Il ruolo delle aziende sanitarie in materia di suicidio assistito alla luce della giurisprudenza costituzionale e della legislazione regionale*, in *Dir. fond.* (www.dirittifondamentali.it), 1/2026, 176, «[l]a Corte non impone al Servizio Sanitario Nazionale di organizzare un servizio pubblico di assistenza al suicidio ma gli attribuisce unicamente compiti di verifica».

³⁶ Per una ricostruzione del concetto, cfr. F. SEVERO SEVERI, *Funzione pubblica*, in *Dig./Pubbl.* VII (1991), spec. 71-72.

della salute, purché non incidano sulle competenze statali o sui principi fondamentali della materia.

L'assetto organizzativo rappresenta il modo attraverso il quale funzioni già previste dall'ordinamento vengono esercitate; esso non può invece costituire, di per sé, il titolo per introdurre nuove funzioni pubbliche o per modificarne struttura, presupposti e finalità³⁷.

La Regione può dunque organizzare le strutture sanitarie e disciplinare, entro i principi fondamentali stabiliti o desumibili dalla legislazione statale, le modalità di esercizio delle attività a esse affidate. Ciò che le è precluso è utilizzare tale competenza per determinare autonomamente i presupposti sostanziali della fattispecie, conformare il contenuto dei diritti coinvolti, modificare le condizioni di operatività della causa di non punibilità o appropriarsi della determinazione dei principi fondamentali della tutela della salute. In questo quadro conserva interesse anche la posizione espressa dal Comitato Nazionale per la Bioetica nella risposta al quesito del Ministero della salute del 24 febbraio 2023, che aveva prospettato lo svolgimento delle verifiche attraverso organismi già previsti dall'ordinamento, eventualmente integrati in relazione alle peculiarità del caso concreto³⁸. Tale indicazione, tuttavia, non

³⁷ Il Consiglio di Stato ha messo «più volte in evidenza la stretta connessione esistente tra organizzazione e attività amministrativa ma ciò nel senso che una efficiente ed efficace organizzazione amministrativa è strettamente funzionale ad assicurare il principio di buon andamento nella fase di svolgimento delle funzioni amministrative. Tale connessione non può, però, consentire che si spostino a livello organizzativo le regole che la Costituzione e le fonti primarie hanno previsto a livello di attività amministrativa» (Cons. Stato, sez. VI, 24 luglio 2017, n. 3665).

³⁸ Sul punto cfr. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Risposta al quesito del Ministero della salute sul suicidio medicalmente assistito*, 24 febbraio 2023, ove si afferma che le verifiche richieste dalla sent. n. 242 del 2019 possono essere svolte dai Comitati etici

può oggi essere assunta quale limite alla potestà organizzativa regionale, posto che la sentenza n. 148 del 2026 ha espressamente riconosciuto la legittimità dell'istituzione di commissioni multidisciplinari permanenti nell'ambito delle aziende sanitarie.

Le disposizioni dichiarate costituzionalmente illegittime dalle sentenze nn. 204 del 2025 e 148 del 2026 non sono state censurate perché disciplinavano un procedimento, né perché organizzavano l'attività delle strutture sanitarie, ma perché, nel loro concreto contenuto, finivano per incidere su profili sottratti alla disponibilità del legislatore regionale. La Corte ha così impedito che, attraverso l'esercizio della competenza concorrente in materia di tutela della salute, la Regione potesse intervenire su ambiti costituzionalmente riservati allo Stato.

La competenza regionale in materia di organizzazione sanitaria non costituisce, in altri termini, un titolo idoneo a modificare il contenuto dei diritti fondamentali, a definire autonomamente le condizioni di accesso al suicidio medicalmente assistito o a determinare principi fondamentali destinati a conformare uniformemente l'attività del Servizio sanitario nazionale. Essa opera entro un quadro normativo che trova il proprio fondamento nella legislazione statale e nella giurisprudenza costituzionale³⁹.

Il criterio discreitivo emerge con particolare chiarezza dalla sorte riservata ai termini procedurali⁴⁰. La Corte non ha considerato costituzionalmente illegittima qualsiasi determinazione regionale dei tempi della procedura. Ha

territoriali già previsti dall'ordinamento, eventualmente integrati, caso per caso, da professionalità ulteriori, escludendo la necessità di istituire organismi permanenti *ad hoc*.

³⁹ Sul rapporto tra amministrazione e Costituzione, *ex plurimis*, cfr. G. BERTI, *La pubblica amministrazione come organizzazione*, Padova 1968; U. ALLEGRETTI, *Amministrazione pubblica e costituzione*, Padova 1996; M. NIGRO, *La pubblica amministrazione fra costituzione formale e costituzione materiale*, in *Scritti giuridici*, III, Milano 1996, 1845 ss.

⁴⁰ Cfr. Corte cost., sent. n. 148/2026, punti 12.1-12.3 e 12.5 del *Cons. in dir.*

censurato i termini rigidi che comprimono la possibilità di svolgere gli approfondimenti clinici e diagnostici necessari, incidendo così sulla formazione libera e consapevole della volontà e su esigenze di uniformità nazionale; ha invece salvato i termini meramente ordinatori o acceleratori, funzionali alla sollecita presa in carico dell'istanza e alla tempestiva comunicazione delle determinazioni assunte.

Analogamente, ad avviso del giudice delle leggi, l'istituzione di una commissione multidisciplinare appartiene alla disciplina regionale di dettaglio; la definizione legislativa regionale dei requisiti di accesso, invece, invade l'ordinamento civile e penale⁴¹. Così pure, la regolazione di alcune fasi istruttorie è ammissibile, mentre la determinazione normativa del supporto tecnico, farmacologico e sanitario necessario all'autosomministrazione oltrepassa il dettaglio e investe la determinazione dei principi fondamentali della tutela della salute⁴².

Da questa impostazione deriva una conseguenza particolarmente significativa per la legge emiliano-romagnola. Non è sufficiente che una disposizione venga formalmente qualificata come «organizzativa» affinché essa rientri automaticamente nella competenza regionale. Occorre verificare se, al di là della sua formulazione letterale, essa si limiti a disciplinare l'organizzazione e il dettaglio delle attività spettanti al Servizio sanitario regionale ovvero produca effetti sostanziali sull'assetto dei diritti, sugli obblighi delle strutture sanitarie, sulle condizioni che delimitano l'area di non punibilità o sulla determinazione dei principi fondamentali della tutela della salute⁴³.

Le sentenze nn. 204 del 2025 e 148 del 2026 mostrano dunque che il discrimine non corre semplicemente tra organizzazione e procedimento, ma tra disciplina regionale di dettaglio e conformazione sostanziale della

⁴¹ Corte cost., sent. n. 148/2026, punti 10-11 del *Cons. in dir.*

⁴² Corte cost., sent. n. 148/2026, punto 13 del *Cons. in dir.*

⁴³ Si rinvia, in particolare, al punto 7 del *Cons. in dir.* della sent. n. 204 del 2025.

fattispecie⁴⁴. È attraverso questo criterio sostanziale – e non meramente formale – che deve essere scrutinata anche la legge dell’Emilia-Romagna. Occorrerà pertanto procedere, conformemente al metodo adottato dalla Corte costituzionale, a un esame analitico delle sue disposizioni, verificando per ciascuna di esse se il legislatore regionale sia rimasto entro lo spazio riconosciuto dall’art. 117, co. 3, Cost. ovvero abbia inciso su profili che appartengono all’ordinamento civile e penale o alla determinazione statale dei principi fondamentali della tutela della salute.

5. La legge della Regione Emilia-Romagna n. 10 del 2026: organizzazione sanitaria e disciplina della prestazione

Le considerazioni sin qui svolte consentono ora di esaminare la legge della Regione Emilia-Romagna 28 luglio 2026, n. 10, nella quale sono confluite le precedenti iniziative legislative regionali. La legge dichiara di disciplinare, nell’esercizio della potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute, le «modalità organizzative uniformi per l’attuazione»⁴⁵ delle sentenze della Corte costituzionale nn. 242 del 2019 e 135 del 2024.

Alla luce della sopravvenuta sentenza n. 148 del 2026, non appare possibile considerare l’eventuale coinvolgimento del Servizio sanitario regionale nell’assistenza al suicidio come elemento di per sé sintomatico del superamento della competenza regionale. La Corte ha infatti affermato che l’ordinamento vigente pone già in capo alle strutture sanitarie determinate attività e, una volta positivamente verificati i requisiti, riconosce alla persona il

⁴⁴ Sul carattere strumentale dell’organizzazione amministrativa rispetto all’esercizio della funzione, v. A. CARBONE, *Considerazioni generali sull’organizzazione amministrativa*, in *Federalismi.it* (www.federalismi.it), 17/2024, spec. §§ 4-5;

⁴⁵ Così dispone l’art. 1, co. 1, della legge regionale in esame.

diritto di ottenere il farmaco, gli eventuali dispositivi necessari all'autosomministrazione e l'assistenza sanitaria durante l'esecuzione della procedura. Resta, invece, su un altro piano la questione concernente il potere della Regione di definire normativamente il contenuto e le modalità di tali attività⁴⁶.

La distinzione tra i due piani conserva, dunque, rilievo. Una cosa è delimitare l'area della responsabilità penale del terzo che presta aiuto al suicidio e individuare, alla luce della giurisprudenza costituzionale, le conseguenze che ne derivano per le strutture sanitarie; altra cosa è stabilire quale fonte possa disciplinare i soggetti coinvolti, gli obblighi gravanti su di essi e le modalità attraverso le quali la procedura deve concretamente svolgersi. Il problema, secondo il giudice delle leggi, non consiste più nel negare l'esistenza di una dimensione prestazionale, ma nel verificare sino a che punto essa sia suscettibile di conformazione da parte del legislatore regionale.

È proprio per questa ragione che la l.r. n. 10 del 2026 deve essere esaminata disposizione per disposizione.

L'art. 1 individua la finalità della legge nel disciplinare modalità organizzative uniformi per l'attuazione delle sentenze nn. 242 del 2019 e 135 del 2024 e rimette al Direttore generale regionale competente in materia di salute

⁴⁶ Come ha osservato la Corte a proposito della legge toscana, quest'ultima, «nello stabilire l'obbligatorio coinvolgimento delle aziende sanitarie locali nell'esecuzione del suicidio medicalmente assistito, non detta certo norme di dettaglio, [...] ma ha una portata normativa che dimostra una vera e propria, non consentita, "regionalizzazione" dei medesimi principi» (Corte cost., sent. n. 204 del 2025, cit., punto 8.1 del *Cons. in dir.*). Sul tema del rapporto tra i principi fondamentali e la normativa di dettaglio in materia di tutela della salute, cfr., tra gli altri, C. CASONATO, *Il principio della volontarietà dei trattamenti sanitari fra livello statale e livello regionale*, in *Le Regioni*, 3-4/2009, spec. 637-638; F. CORVAJA, *Principi fondamentali e legge regionale nella sentenza sul consenso informato*, *ivi*, 638 ss.; cfr. anche R. BALDUZZI, D. PARIS, *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione delle competenze legislative*, in *Riv. AIC* (www.rivistaaic.it), 2009.

l'adozione delle istruzioni tecnico-operative necessarie. La previsione, considerata isolatamente, non sembra eccedere lo spazio riconosciuto al legislatore regionale. La sentenza n. 148 del 2026 ha infatti ritenuto immune dalle censure l'analoga disposizione della legge sarda che si limitava a enunciare la finalità di fornire indicazioni operative di dettaglio al Servizio sanitario regionale. Resta fermo quanto osservato in precedenza circa il significato da attribuire al termine «attuazione»: esso non può trasformarsi in un autonomo titolo competenziale, ma può descrivere l'organizzazione regionale di attività già fondate nell'ordinamento statale quale conformato dalla giurisprudenza costituzionale.

Una valutazione sostanzialmente analoga può essere formulata con riferimento all'art. 2, che istituisce una Commissione di valutazione multidisciplinare permanente di Area Vasta (CoVam), composta da professionalità mediche e sanitarie specificamente individuate e incaricata di accertare la sussistenza dei requisiti clinici e personali, nonché di definire e verificare le modalità di attuazione. La partecipazione dei componenti presuppone il loro consenso e l'attività è ricondotta ai compiti istituzionali. Su questo punto, con la sentenza n. 148 del 2026, la Corte ha ribadito che l'istituzione di commissioni multidisciplinari permanenti costituisce una statuizione di carattere organizzativo, riconducibile alla disciplina di dettaglio della tutela della salute⁴⁷. Non sembra pertanto possibile sostenere che la creazione della CoVam sia, in quanto tale, indice dell'istituzione di una nuova funzione amministrativa riservata al legislatore statale.

Gli artt. 3 e 4 disciplinano, rispettivamente, la presentazione dell'istanza e la presa in carico della richiesta. Sotto questo profilo, la versione definitivamente approvata della legge appare significativamente diversa dai modelli regionali censurati dalla Corte. Essa non individua un termine massimo rigido per la conclusione del procedimento, ma prescrive che la valutazione sia

⁴⁷ Cfr. Corte cost., sent. n. 148/2026, punto 11 del *Cons. in dir.*

condotta «senza ingiustificati ritardi»⁴⁸, lasciando alla CoVam la possibilità di effettuare tutti gli approfondimenti clinici e diagnostici ritenuti appropriati e di rimodulare le tempistiche in rapporto alle condizioni cliniche e personali del caso concreto. La scelta sembra recepire il criterio enunciato dalla sentenza n. 204 del 2025 e successivamente ribadito dalla n. 148 del 2026. Le due pronunce non escludono che il legislatore regionale possa regolare i tempi del procedimento, ma censurano le scansioni rigide suscettibili di comprimere l'accuratezza degli accertamenti e la libera formazione della volontà del paziente, salvando invece i termini meramente acceleratori. Ne consegue che gli artt. 3 e 4 della legge emiliano-romagnola appaiono, sotto questo profilo, coerenti con i limiti delineati dalla Corte.

Più articolata è la valutazione dell'art. 5. La disposizione affida alla CoVam la verifica della documentazione e della ricorrenza dei requisiti per l'accesso alla procedura, prescrivendo l'accertamento della volontà dell'interessato, la visita del paziente, l'acquisizione delle informazioni necessarie e, soprattutto, la verifica dell'effettiva informazione in ordine alle cure palliative, alla sedazione palliativa profonda continua e alla terapia del dolore. Essa contempla inoltre la possibilità di un supporto psicologico e ribadisce il diritto dell'interessato a revocare in qualsiasi momento la richiesta. Anche qui la formulazione utilizzata dal legislatore emiliano-romagnolo appare rilevante. Diversamente dalla disposizione sarda dichiarata illegittima dalla sentenza n. 148 del 2026, la legge non riproduce né rinvia formalmente a un catalogo regionale dei requisiti elaborati dalla Corte costituzionale, ma si limita a disciplinarne l'accertamento. È una differenza non meramente nominalistica: la Corte ha censurato la legge sarda proprio perché il rinvio ai «requisiti indicati dalla giurisprudenza costituzionale» produceva l'effetto di cristallizzare nella legislazione regionale i contorni della causa di non punibilità dell'art. 580 c.p. Nella legge

⁴⁸ Così dispone l'art. 4, co. 1, della legge regionale in esame.

emiliano-romagnola, invece, il legislatore sembra avere consapevolmente evitato di appropriarsi della definizione dei requisiti sostanziali, concentrandosi sulle attività istruttorie necessarie alla loro verifica. In questa parte, pertanto, la disciplina appare riconducibile con maggiore plausibilità al dettaglio organizzativo e procedimentale consentito dall'art. 117, co. 3, Cost.

Il co. 2 dell'art. 5 stabilisce che la relazione della CoVam sia inviata al COREC entro tre giorni dalla sua approvazione. Anche questo termine sembra assumere carattere meramente acceleratorio, riguardando la trasmissione di un atto già formato e non la durata degli accertamenti clinici. La soluzione appare quindi assimilabile ai termini di comunicazione espressamente salvati dalla sentenza n. 148 del 2026.

L'art. 6 prevede poi che il parere del Comitato regionale per l'etica nella clinica (COREC) sia obbligatorio ma non vincolante. La previsione deve essere coordinata con la condizione procedurale, individuata dalla giurisprudenza costituzionale, dell'intervento del comitato etico competente. Sul punto occorre però una precisazione: la valutazione definitiva della disposizione presuppone di verificare il rapporto ordinamentale tra il COREC emiliano-romagnolo e il comitato etico cui fa riferimento la giurisprudenza costituzionale. La sentenza n. 148 ha comunque escluso, in termini generali, che l'intervento di una commissione multidisciplinare determini un'indebita sovrapposizione con quello del comitato etico.

Gli artt. 7 e 8 rappresentano, invece, il segmento sul quale occorre concentrare maggiormente l'attenzione. L'art. 7 dispone che, accertata la sussistenza dei requisiti, la CoVam verifichi le modalità per la realizzazione del suicidio medicalmente assistito secondo la volontà dell'interessato e possa definire un protocollo condiviso; stabilisce inoltre che l'assistenza del personale sanitario avvenga su base volontaria. L'art. 8 richiede che la relazione conclusiva indichi dettagliatamente la tipologia e le dosi dei farmaci, le modalità di autosomministrazione e gli eventuali presidi necessari.

Con la sentenza n. 148 del 2026 la Corte ha espressamente salvato le restanti disposizioni dell'art. 4 della legge sarda relative alla verifica dei requisiti e alla determinazione delle modalità di attuazione, ritenendole disciplina di dettaglio della tutela della salute. Al contempo, ha dichiarato illegittima la previsione che poneva direttamente a carico delle aziende sanitarie la fornitura del supporto tecnico e farmacologico e dell'assistenza medica per la preparazione all'autosomministrazione, ritenendo che in tal modo la Regione si appropriasse della determinazione dei principi fondamentali della materia.

Il discrimine è dunque particolarmente sottile. La definizione, nell'ambito dell'accertamento clinico, delle modalità concretamente idonee al caso individuale può rientrare nello spazio regionale; diversa sarebbe la previsione legislativa con cui la Regione imponesse in via generale alle strutture sanitarie specifiche modalità di esecuzione o determinasse autonomamente il contenuto della prestazione. Sotto questo profilo, gli artt. 7 e 8 della legge emiliano-romagnola sembrano avere evitato almeno alcune delle soluzioni già censurate in Toscana e Sardegna: non prescrivono una specifica modalità di assistenza, rinviando alla valutazione individualizzata della CoVam e mantengono espressamente volontario il coinvolgimento del personale sanitario. La diversa funzione del rinvio impedisce di trasferire automaticamente all'art. 7 la declaratoria pronunciata nei confronti della legge sarda; non elimina, tuttavia, il problema competenziale. Se la Regione non può cristallizzare i requisiti elaborati dalla Corte, deve parimenti essere verificato con rigore che il richiamo ai «principi elaborati dalla giurisprudenza costituzionale» non divenga lo strumento attraverso il quale la fonte regionale selezioni e positivizzi i criteri destinati a conformare le modalità fondamentali della prestazione⁴⁹.

⁴⁹ Il dubbio è tanto più significativo alla luce del § 13 della sentenza n. 148 del 2026, che proprio in relazione alle modalità del supporto tecnico, farmacologico e sanitario ha riaffermato la riserva statale nella determinazione dei principi fondamentali della tutela della salute.

Ciò non elimina ogni profilo problematico. In particolare, l'art. 8, co. 2, lett. c), impone che la relazione determini nel dettaglio farmaci, dosaggi, modalità di autosomministrazione e presidi necessari. Occorrerà verificare se tale previsione debba essere intesa come mera formalizzazione tecnica dell'esito della valutazione sanitaria richiesta dalla Corte o se, anche alla luce delle concrete istruzioni tecnico-operative adottate in attuazione della legge, essa finisca per attribuire alla fonte regionale un ruolo conformativo delle modalità della prestazione eccedente il dettaglio organizzativo. La compatibilità costituzionale dell'art. 8 non può pertanto essere affermata in termini assoluti, ma dipende dalla sua interpretazione e, soprattutto, dal contenuto degli atti attuativi.

Un discorso diverso deve essere svolto con riferimento all'art. 9, secondo cui le prestazioni rese nell'ambito del «percorso terapeutico-assistenziale»⁵⁰ del suicidio medicalmente assistito sono effettuate dal Servizio sanitario regionale senza oneri a carico dell'interessato. La Corte ha espressamente ritenuto costituzionalmente legittima la scelta della Regione Sardegna di stabilire la gratuità delle prestazioni e dei trattamenti del percorso di suicidio medicalmente assistito, escludendo che essa invadesse la competenza statale sui livelli essenziali delle prestazioni. Ha inoltre affermato che la disciplina regionale riguarda attività che il Servizio sanitario è già tenuto a svolgere secondo l'ordinamento vigente e che, sotto questo profilo, non introduce un nuovo LEA. La pronuncia n. 148 del 2026 impedisce di ravvisare nella sola gratuità un autonomo vizio di competenza. Ciò non significa, tuttavia, che l'art. 9 sia privo di rilievo sistematico. La gratuità costituisce infatti una disciplina accessoria, che presuppone la legittima riconducibilità al Servizio sanitario delle attività cui si riferisce e non può trasformarsi in un autonomo titolo per qualificarle come prestazioni regionalmente conformabili. Anche la formula legislativa del «percorso terapeutico-assistenziale» merita cautela, posto che la

⁵⁰ Così dispone l'art. 9 della legge regionale.

stessa Corte ha escluso che il suicidio medicalmente assistito possa essere ricostruito come mera «erogazione di un trattamento». La legittimità della gratuità, pertanto, non risolve il distinto problema della fonte competente a definire il contenuto delle attività rese gratuitamente.

L'art. 10 assicura la copertura finanziaria delle attività previste dalla legge: nella sentenza n. 148 la Corte ha infatti respinto anche le censure rivolte alla corrispondente norma finanziaria della legge sarda.

Gli artt. 11 e 12, concernenti rispettivamente la clausola valutativa e l'entrata in vigore, non paiono a loro volta sollevare autonome questioni di riparto delle competenze.

In conclusione, se la sentenza n. 148 del 2026 impedisce di considerare la l.r. n. 10 del 2026 unitariamente eccedente la competenza regionale, ciò non consente di superare le riserve che suscita il ricorso alla fonte legislativa regionale in una materia caratterizzata da un così stretto intreccio tra tutela della salute, ordinamento civile e penale e diritti fondamentali. La legge presenta, infatti, profili di criticità non marginali.

6. Oltre l'organizzazione sanitaria? Il problema della conformazione della funzione amministrativa

Le considerazioni svolte nei paragrafi precedenti consentono di affrontare un ulteriore profilo della disciplina regionale, che attiene al rapporto tra organizzazione sanitaria ed esercizio della funzione amministrativa. La questione assume particolare rilievo con riferimento agli artt. 7 e 8 della legge n. 10 del 2026, i quali affidano alla Commissione di valutazione multidisciplinare il compito di verificare e definire le modalità di realizzazione del suicidio medicalmente assistito e di darne conto nella relazione conclusiva, indicando, tra l'altro, la tipologia e le dosi dei farmaci, le modalità di autosomministrazione e gli eventuali presidi necessari.

La differenza tra organizzazione amministrativa ed esercizio della funzione pubblica costituisce, sotto questo profilo, un criterio interpretativo di carattere generale. L'organizzazione riguarda la struttura dell'apparato pubblico: individua gli organi, distribuisce le competenze, coordina gli uffici e disciplina il funzionamento dell'amministrazione. L'esercizio della funzione concerne, invece, il procedimento amministrativo, i presupposti della decisione, i criteri valutativi, gli effetti giuridici degli atti e le posizioni soggettive dei destinatari⁵¹.

L'istituzione della CoVam non presenta, di per sé, un problema di competenza, essendo riconducibile, alla luce della sentenza n. 148 del 2026, alla disciplina regionale di dettaglio della tutela della salute. La questione riguarda piuttosto l'estensione delle attribuzioni conferite alla Commissione e la loro conformazione legislativa. La CoVam non svolge una funzione meramente interna o preparatoria: essa accerta la ricorrenza dei requisiti, conduce l'istruttoria, acquisisce il parere del COREC, determina le modalità per la realizzazione del suicidio medicalmente assistito e conclude il procedimento mediante una relazione dalla quale dipende il successivo svolgimento della procedura.

Il dato merita di essere attentamente considerato. Non tanto perché l'esistenza di questi poteri determini automaticamente la creazione di una nuova funzione amministrativa, quanto perché la loro concreta conformazione normativa può condurre il legislatore regionale oltre il terreno della disciplina di dettaglio. La questione costituzionalmente rilevante riguarda, dunque, il punto nel quale l'organizzazione dell'esercizio della funzione diventa determinazione del suo contenuto sostanziale.

⁵¹ G. DI GASPARÉ, *Organizzazione amministrativa*, in *Dig./Pubbl.*, X (1995), spec. 517-519, si sofferma sul principio di competenza quale «pietra angolare della concezione tradizionale dell'organizzazione amministrativa».

La sentenza n. 148 del 2026 offre, ancora una volta, un'indicazione particolarmente significativa. La Corte ha ammesso che la Regione disciplini organismi, attività istruttorie e taluni profili del procedimento, ma ha censurato le disposizioni con le quali il legislatore sardo si era «appropriato» della determinazione di principi fondamentali della tutela della salute, imponendo direttamente alle aziende sanitarie la fornitura del supporto tecnico e farmacologico e dell'assistenza medica necessaria all'autosomministrazione. In questo senso deve essere letto anche il principio, già affermato dalla sentenza n. 204 del 2025, secondo cui la Regione non può, sotto l'apparenza della disciplina di dettaglio, regionalizzare principi che spettano alla legislazione statale⁵².

Come già emerso dall'esame degli artt. 7 e 8, il problema si concentra sul punto nel quale la disciplina regionale cessa di limitarsi all'organizzazione e alla formalizzazione tecnico-amministrativa del caso concreto e assume invece una funzione conformativa delle modalità fondamentali della prestazione.

La questione è resa ancor più complessa dal fatto che, secondo la sentenza n. 148 del 2026, la declaratoria di illegittimità delle disposizioni regionali che disciplinavano il supporto tecnico e farmacologico non incide sul diritto della persona, positivamente verificati i requisiti, a ottenere dall'azienda sanitaria il farmaco, gli eventuali dispositivi necessari all'autosomministrazione e l'assistenza sanitaria durante l'esecuzione. Il problema costituzionale non riguarda quindi l'esistenza di tali attività, ma la fonte competente a conformarne normativamente il contenuto.

⁵² Ad esempio, con riguardo alla legge toscana, la Corte ha statuito che, «non essendosi «limitata a fissare una disciplina di dettaglio [...] la Regione si è in realtà appropriata dei principi fondamentali, determinando un *vulnus* alla riserva, stabilita dall'art. 117, terzo comma, Cost., alla legislazione statale della loro determinazione» (Corte cost., sent. n. 204/2025, punto 8.1 del *Cons. in dir.*).

Si manifesta qui, con particolare evidenza, la differenza tra titolarità della funzione e disciplina della funzione. Che determinate attività siano affidate al Servizio sanitario non significa che ogni aspetto del loro esercizio possa essere autonomamente regolato dal legislatore regionale. La competenza concorrente consente alla Regione di organizzare l'apparato e di dettare norme di dettaglio, ma incontra il limite dei principi fondamentali della tutela della salute e delle competenze statali in materia di ordinamento civile e penale.

È su questo terreno che conserva valore la distinzione tra organizzazione e funzione amministrativa. Non come criterio volto a escludere in radice la disciplina regionale del procedimento, ma come strumento per verificare quanto profondamente la normativa regionale incida sulla conformazione dell'attività amministrativa e sulle posizioni soggettive che da essa dipendono.

La differenza assume particolare rilievo anche in considerazione dell'oggetto dell'accertamento affidato alla CoVam. Le condizioni elaborate dalla Corte costituzionale nelle sentenze n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024 non costituiscono meri requisiti amministrativi per l'accesso a una ordinaria prestazione sanitaria. Esse delimitano anche l'ambito entro il quale l'aiuto prestato al suicidio non è punibile ai sensi dell'art. 580 c.p.⁵³. Il procedimento amministrativo e la fattispecie penalistica restano certamente distinti, ma sono inevitabilmente posti in relazione.

Non si intende affermare, naturalmente, che la determinazione della Commissione sostituisca il giudice penale o produca direttamente effetti sull'applicazione dell'art. 580 c.p. Né potrebbe oggi sostenersi che l'attività di verifica sia estranea alle funzioni attribuite alle strutture sanitarie. Ciò che

⁵³ Ad es., cfr. 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 *Consulta OnLine* (www.giurcost.org), II/2024, 693 ss.

rileva è un profilo diverso: il legislatore regionale deve evitare che, attraverso la disciplina del procedimento di verifica, vengano ridefiniti i presupposti sostanziali della fattispecie o cristallizzati in una fonte regionale i criteri elaborati dalla Corte costituzionale. È precisamente questo il limite che la sentenza n. 148 del 2026 ha individuato dichiarando illegittima la disposizione sarda relativa ai requisiti di accesso.

L'esame della legge emiliano-romagnola conduce pertanto a una conclusione più articolata. L'istituzione della CoVam, la tipizzazione di un procedimento, l'acquisizione del parere etico e la previsione di una relazione conclusiva non determinano, singolarmente o nel loro insieme, un'invasione della competenza statale. Il superamento del limite costituzionale deve essere ricercato, piuttosto, nelle disposizioni che trasformino la disciplina organizzativa e procedimentale in determinazione sostanziale dei requisiti, dei diritti, degli obblighi delle strutture sanitarie o delle modalità fondamentali della prestazione.

Il problema della funzione amministrativa non scompare, dunque, ma cambia configurazione. Non si tratta di stabilire se la Regione possa costruire un procedimento amministrativo in materia di suicidio medicalmente assistito: la giurisprudenza costituzionale più recente consente di dare a tale interrogativo una risposta almeno in parte positiva. Si tratta, piuttosto, di stabilire sino a quale punto tale procedimento possa essere conformato dal legislatore regionale senza che quest'ultimo finisca per disciplinare profili che, per la loro incidenza sull'ordinamento civile e penale o sui principi fondamentali della tutela della salute, richiedono una disciplina uniforme dello Stato.

7. Uniformità dei diritti fondamentali e limiti del regionalismo

Le considerazioni sin qui svolte trovano un'ulteriore conferma se si guarda alla funzione che il riparto costituzionale delle competenze è chiamato a svolgere in una materia come quella in esame.

Il sistema delineato dall'art. 117 della Costituzione non risponde esclusivamente a esigenze di distribuzione delle attribuzioni legislative tra Stato e Regioni. Esso costituisce anche uno strumento attraverso il quale la Costituzione assicura che, quando vengono in rilievo diritti fondamentali della persona, le scelte di principio siano assunte in modo uniforme sull'intero territorio nazionale.

Si è detto che il suicidio medicalmente assistito incide contemporaneamente sul diritto alla vita, sull'autodeterminazione della persona, sul diritto alla salute, sulla responsabilità del personale sanitario, sull'organizzazione del Servizio sanitario nazionale e sulla tutela delle persone in condizioni di particolare vulnerabilità⁵⁴. Si tratta di interessi costituzionali che richiedono un delicato bilanciamento, nel quale l'autonomia regionale non può estendersi sino a determinare diversamente, da territorio a territorio, i presupposti sostanziali delle posizioni giuridiche coinvolte.

⁵⁴ Sul rapporto tra tutela della vita, autodeterminazione e ruolo della giurisprudenza costituzionale cfr., *ex plurimis*, F. BARTOLINI, *Valore della libertà, valore della vita, diritto di rinunciare alle cure, diritto di morire*, in *Riv. AIC* (www.rivistaaic.it), 4/2019, 315 ss.; R. D'ANDREA, *Inammissibile il quesito sull'omicidio del consenziente: tutela minima della vita o conferma del dovere di vivere?*, in *Sistema penale* (www.sistemapenale.it), 1 aprile 2022; S. PENASA, *Una disposizione costituzionalmente necessaria ma un bilanciamento non costituzionalmente vincolato? Prime note alla sentenza n. 50 del 2022 della Corte costituzionale*, in *Dir. comp.* (www.diritticomparati.it), 17 marzo 2022; A. PUGIOTTO, *Eutanasia referendaria. Dall'ammissibilità del quesito all'incostituzionalità dei suoi effetti: metodo e merito nella sent. n. 50/2022*, in *Riv. AIC* (www.rivistaaic.it), 2/2022, 83 ss.

Ciò non significa, tuttavia, che l'esigenza di uniformità escluda in radice ogni differenziazione territoriale. Le sentenze nn. 204 del 2025 e 148 del 2026 mostrano, al contrario, che la disciplina del suicidio medicalmente assistito si colloca in un'area nella quale possono concorrere fonti statali e regionali: alle prime spetta la determinazione delle condizioni sostanziali, dei principi fondamentali della tutela della salute e degli altri profili riservati dall'art. 117, co. 2, Cost.; alle seconde può spettare la disciplina organizzativa e procedimentale di dettaglio delle attività svolte dai rispettivi servizi sanitari.

In questa prospettiva, uniformità non equivale a uniformazione integrale. La Costituzione non impone necessariamente che tutte le aziende sanitarie del territorio nazionale adottino la medesima struttura organizzativa, la stessa composizione degli organismi tecnici o identiche modalità interne di presa in carico della richiesta. Ciò che deve restare sottratto alla differenziazione regionale è, piuttosto, il nucleo sostanziale della disciplina: i requisiti che delimitano l'area della non punibilità, le garanzie fondamentali della formazione della volontà, i principi essenziali che regolano il rapporto tra paziente, personale sanitario e struttura pubblica e, più in generale, le scelte che necessitano di uniformità di trattamento per ragioni imperative di eguaglianza.

È questa, del resto, la logica che emerge dalla sentenza n. 148 del 2026. La Corte ha ammesso l'istituzione regionale di commissioni multidisciplinari, l'organizzazione delle attività istruttorie e alcune scansioni procedurali, ma ha dichiarato illegittime le disposizioni che cristallizzavano in una fonte regionale i requisiti elaborati dalla giurisprudenza costituzionale o che si appropriavano della determinazione dei principi fondamentali relativi alle modalità della prestazione. La linea di confine non passa, dunque, tra uniformità e autonomia in termini assoluti, ma tra differenziazione organizzativa consentita e differenziazione sostanziale preclusa.

Sotto questo profilo, la scelta di attribuire alle singole Regioni la regolazione dei profili fondamentali del suicidio medicalmente assistito

determinerebbe effettivamente il rischio di una frammentazione territoriale della tutela dei diritti⁵⁵.

In particolare, una simile differenziazione non porrebbe soltanto un problema di riparto delle competenze legislative, ma potrebbe incidere sul principio di eguaglianza di cui all'art. 3 Cost., qualora dalla Regione di residenza dipendessero le condizioni sostanziali per accedere alla procedura, la consistenza delle garanzie riconosciute alla persona o gli obblighi fondamentali delle strutture sanitarie.

Diverso è il caso delle differenze che riguardino esclusivamente il modo in cui il Servizio sanitario regionale organizzi l'esercizio di funzioni già riconosciute dall'ordinamento. Il riconoscimento di margini di differenziazione organizzativa non elimina, peraltro, il rischio che discipline procedurali territorialmente diverse producano effetti sostanziali sull'effettività delle posizioni coinvolte. In una materia nella quale tempi, composizione degli organismi tecnici, modalità dell'istruttoria e relazione con le cure palliative possono incidere concretamente sulla formazione della volontà e sull'accesso alla procedura, la distinzione tra differenziazione organizzativa e differenziazione sostanziale non sempre è agevole da tracciare. Proprio per questo la competenza regionale deve essere interpretata restrittivamente e sottoposta a uno scrutinio fondato sugli effetti concreti delle singole disposizioni.

Tali considerazioni assumono particolare interesse alla luce della progressiva diffusione di iniziative legislative regionali. Dopo Toscana, Sardegna ed Emilia-Romagna, anche il Consiglio regionale del Veneto ha approvato, il 2

⁵⁵ Sia consentito un rinvio ad A. CANDIDO, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni*, cit., 1005. Anche L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia*, cit., 392, reputa inopportuna la prospettiva di una regolamentazione regionale sul fine vita. Di avviso opposto C. CARUSO, *Al servizio dell'unità. Perché le Regioni possono disciplinare (con limiti) l'aiuto al suicidio*, in *Il Piemonte delle Autonomie* (www.piemonteautonomie.it), 1/2024, 8 ss.

settembre 2026, un progetto di legge d'iniziativa popolare relativo alle procedure di assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito⁵⁶.

Il quadro che ne risulta è quello di un regionalismo del fine vita sottoposto a un duplice vincolo. Da un lato, la legislazione regionale può svolgere una funzione di organizzazione e razionalizzazione delle attività del Servizio sanitario, assicurando certezza nell'individuazione degli organismi competenti e nelle modalità di presa in carico. Dall'altro, essa non può utilizzare tale spazio per costruire regimi sostanziali territorialmente differenziati in relazione a condizioni, diritti e obblighi che richiedono una disciplina nazionale uniforme.

È in questo senso che deve essere letta la competenza statale in materia di ordinamento civile e penale, così come la funzione dei principi fondamentali nella materia della tutela della salute e, ove ne ricorrano i presupposti, la competenza statale in materia di livelli essenziali delle prestazioni. Non si tratta di escludere ogni forma di differenziazione territoriale, ma di individuarne rigorosamente il limite quando essa investa posizioni giuridiche strettamente connesse a diritti fondamentali. La sentenza n. 192 del 2024, pur pronunciata in un contesto profondamente diverso, offre sotto questo profilo una chiave sistematica utile: autonomia e differenziazione non possono essere ricostruite in modo da compromettere l'unità giuridica ed economica della

⁵⁶ Il Consiglio regionale del Veneto, nella seduta del 2 settembre 2026, ha approvato, con 32 voti favorevoli, 14 contrari e 5 astensioni, il progetto di legge d'iniziativa popolare n. 1 relativo alle procedure di assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito. Al momento in cui si scrive non risulta ancora disponibile il testo della legge promulgata e pubblicata nel Bollettino ufficiale regionale; le considerazioni svolte nel testo si riferiscono pertanto al provvedimento approvato dal Consiglio e alle informazioni disponibili alla data dell'8 settembre 2026.

Repubblica e l'effettività dei diritti fondamentali sull'intero territorio nazionale⁵⁷.

Le sentenze nn. 204 del 2025 e 148 del 2026 si collocano in questa prospettiva. Esse non escludono lo spazio dell'autonomia regionale, ma lo delimitano funzionalmente: la differenziazione è ammissibile finché riguarda il modo in cui vengono organizzate e concretamente svolte attività già previste dall'ordinamento; incontra invece un limite quando pretenda di ridefinire il regime sostanziale del suicidio medicalmente assistito o di determinare autonomamente principi che devono valere in modo uniforme sull'intero territorio nazionale.

Il problema del regionalismo del fine vita non si risolve, dunque, nell'alternativa tra disciplina statale e disciplina regionale. Il punto è individuare il livello al quale ciascuna scelta deve essere compiuta. L'unità è richiesta per la determinazione dei presupposti sostanziali e delle garanzie fondamentali; l'autonomia può esplicarsi nell'organizzazione e nel dettaglio procedimentale, purché non alteri quel nucleo comune.

⁵⁷ Sul punto, si richiama la nota Corte cost., n. 192 del 2024; *ex plurimis*, cfr. E. BALBONI, *Un esigente ed ambizioso manuale per l'uso della autonomia differenziata: una traccia culturale*, in *Astrid online* (www.astrid-online.it), 18/2024; P. CARETTI, *La Corte costituzionale mette un po' d'ordine nel confuso dibattito sull'autonomia differenziata*, *ivi*; V. CERULLI IRELLI, *Osservazioni "a prima lettura" sulla sentenza della Corte costituzionale in tema di autonomia differenziata*, *ivi*; E. CHELI, *La forma dello Stato regionale in una storica sentenza della Corte costituzionale*, *ivi*; C. PINELLI, *Sulla premessa alla motivazione della decisione della Corte costituzionale sull'autonomia differenziata (sent. n. 192 del 2024)*, *ivi*; A. POGGI, *Il referendum sul regionalismo differenziato: i principi, l'attuazione, le Corti e la sovranità popolare*, in *Federalismi.it* (www.federalismi.it), 1/2025, IV ss.; A. RUGGERI, *Teoria della Costituzione e riorganizzazione del potere, tra regole istituzionali e regolarità della politica*, in *Consulta OnLine* (www.giurcost.it), III/2024, 1366 ss.

8. Considerazioni conclusive

Le considerazioni sin qui svolte non intendono in alcun modo sottovalutare la drammaticità delle situazioni personali che stanno all'origine del dibattito sul suicidio medicalmente assistito, né la complessità delle questioni etiche, mediche e giuridiche che esso inevitabilmente pone⁵⁸. Proprio la delicatezza dei beni costituzionali coinvolti impone, tuttavia, di distinguere con chiarezza il piano delle opzioni politico-legislative da quello del riparto costituzionale delle competenze.

L'analisi non muove dall'assunto che il suicidio medicalmente assistito sia sottratto alla disciplina legislativa. Il problema è diverso: occorre individuare quali profili siano già conformati dall'ordinamento, quali restino affidati alla discrezionalità del legislatore e, soprattutto, quale livello di governo sia competente a intervenire⁵⁹.

La giurisprudenza costituzionale formatasi a partire dalla sentenza n. 242 del 2019 ha progressivamente definito un quadro assai più articolato di quello che potrebbe ricavarsi dalla sola qualificazione penalistica della fattispecie. La Corte ha individuato una circoscritta area di non punibilità dell'aiuto al suicidio, ne ha precisato i presupposti, ha valorizzato il ruolo della legge n.

⁵⁸ Come ha affermato A.R. VITALE, *La perimetrazione costituzionale della disciplina della morte assistita alla luce della sentenza n. 66 del 2025 come problema biogiuridico*, in *Consulta OnLine* (www.giurcost.org), II/2025, 775, «[d]iritto e sofferenza, dunque, devono rimanere equidistanti, senza alcuna strumentalizzazione reciproca, ma con un vicendevole rapporto di servizio in nome dell'umana dignità».

⁵⁹ Cfr. A. CANDIDO, *Disordine delle fonti e incompetenza regionale sul "fine vita"*, in D. BIANCHINI (a cura di), *È vita anche alla fine*, Roma 2025, 95 ss.

219 del 2017⁶⁰ e delle cure palliative e ha progressivamente chiarito le attività che devono essere svolte dalle strutture sanitarie pubbliche.

Le sentenze nn. 204 del 2025 e 148 del 2026 segnano, sotto questo profilo, un passaggio ulteriore. Esse mostrano che non esiste una preclusione assoluta all'intervento legislativo regionale. La materia del suicidio medicalmente assistito presenta, infatti, ad avviso della Corte, una componente riconducibile alla tutela della salute, entro la quale le Regioni possono disciplinare l'organizzazione dei propri servizi sanitari e dettare norme di dettaglio concernenti alcune fasi del procedimento.

Applicato alla legge della Regione Emilia-Romagna n. 10 del 2026, tale criterio conduce a un giudizio non unitario ma tutt'altro che privo di criticità. Se gli artt. 1-6 appaiono in larga parte riconducibili, anche alla luce della sentenza n. 148 del 2026, all'organizzazione e alla disciplina procedimentale di dettaglio, gli artt. 7 e 8 si collocano in una zona assai più problematica, nella quale il legislatore regionale sembra passare dalla regolazione dell'attività amministrativa alla conformazione delle modalità fondamentali della prestazione. Anche l'art. 9, pur non presentando autonomamente – alla luce del precedente sardo – un vizio relativo alla gratuità, presuppone e consolida la qualificazione delle attività disciplinate come parte di un percorso sanitario organizzato. È soprattutto nel combinato operare di tali disposizioni, ferma restando la necessità di uno scrutinio analitico di ciascuna di esse, che emerge la persistente tensione tra organizzazione regionale e scelte di principio riservate allo Stato.

La linea di confine tracciata dalla Corte appare dunque più complessa di una rigida contrapposizione tra Stato e Regioni. L'esistenza di obblighi e prestazioni in capo al Servizio sanitario non attribuisce alle Regioni una potestà

⁶⁰ Cfr. G. RAZZANO, *La legge n. 219/2017 su consenso informato e DAT fra libertà di cura e rischio di innesti eutanasici*, Torino 2019. Sul tema cfr., tra gli altri, G. BALDINI, *La legge 219/17 tra molte luci e qualche ombra*, in *Dir. fond.* (www.dirittifondamentali.it), 1/2019, 1 ss.

generale di conformazione del suicidio medicalmente assistito; ma, specularmente, la riserva statale sui profili sostanziali non esclude che l'autonomia regionale possa organizzare e disciplinare nel dettaglio le attività necessarie a rendere concretamente operativo il quadro normativo esistente.

Sotto questo profilo, la sentenza n. 152 del 2026 contribuisce a chiarire anche il ruolo del legislatore statale. Nel confermare il requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale, la Corte ha ribadito che non spetta al giudice costituzionale individuare in astratto il punto di equilibrio più appropriato tra autodeterminazione e tutela della vita, ma soltanto assicurare il livello minimo di protezione costituzionalmente necessario, lasciando al legislatore la possibilità di compiere ulteriori opzioni di bilanciamento⁶¹. Questa affermazione impedisce di leggere la giurisprudenza costituzionale come disciplina integralmente sostitutiva della legislazione, ma consente al tempo stesso di riconoscerne gli effetti conformativi sull'ordinamento.

Il permanere di uno spazio di discrezionalità legislativa statale costituisce quindi un elemento essenziale del sistema. La Corte ha progressivamente reso operative alcune garanzie e alcune prestazioni, ma non ha esaurito tutte le possibili scelte normative in materia. Restano affidati alla rappresentanza politica profili di particolare rilievo concernenti la configurazione complessiva del rapporto tra tutela della vita e autodeterminazione, la disciplina uniforme degli obblighi del personale sanitario, le modalità fondamentali della prestazione e il coordinamento sistematico tra disciplina penale, legge n. 219 del 2017, cure palliative e organizzazione del Servizio sanitario nazionale.

La pluralità delle soluzioni organizzative può rappresentare una forma costituzionalmente ammissibile di espressione dell'autonomia territoriale; la definizione dei requisiti sostanziali, delle garanzie fondamentali e dei principi destinati a regolare uniformemente l'azione del Servizio sanitario deve invece restare sottratta alla frammentazione regionale.

⁶¹ Cfr. Corte cost., sent. n. 152/2026, punto 17.2 del *Cons. in dir.*

Il regionalismo del fine vita che emerge dalle più recenti pronunce della Corte costituzionale non è quindi né un regionalismo escluso, né un regionalismo pienamente libero. È, piuttosto, un regionalismo condizionato, nel quale l'autonomia può svilupparsi entro un quadro sostanziale definito a livello statale e costituzionale.

Il riconoscimento, da parte della giurisprudenza costituzionale, di uno spazio di intervento regionale non conduce, peraltro, a ritenere superate le ragioni che inducono a guardare criticamente alla regionalizzazione della disciplina del fine vita. Che una disposizione regionale possa, entro determinati limiti, trovare fondamento nella competenza concorrente in materia di tutela della salute non significa che la dimensione regionale rappresenti la sede più adeguata a regolare una materia nella quale vengono direttamente in rilievo la vita, l'autodeterminazione, la dignità della persona e gli obblighi delle strutture sanitarie. La progressiva moltiplicazione delle discipline regionali rischia, al contrario, di accentuare la frammentazione di un quadro normativo già largamente affidato all'intervento della giurisprudenza costituzionale. La soluzione sistematicamente preferibile resta, a questo punto, quella di un intervento organico del legislatore statale, capace di definire in modo uniforme i principi, le garanzie e i confini della disciplina, lasciando alle Regioni il solo spazio organizzativo e attuativo che ad esse costituzionalmente compete.