

IL “SOCCORSO DI NECESSITÀ” DELLE REGIONI IN MATERIA DI MORTE MEDICALMENTE ASSISTITA. I CONFINI “PENALISTICI” DI UN INTERVENTO COSTITUZIONALMENTE AMMISSIBILE

di Anna Costantini

(*Ricercatrice in diritto penale, Università di Torino*)

Sommario: 1. Il legislatore *indifferente* e quello *supplente*: l'ingresso delle Regioni nella regolamentazione del fine vita. - 2. Una prospettiva d'indagine penalistica. - 3. La “norma costituzionale” in tema di aiuto a morire: i contorni dello “spazio libero dal diritto penale”. - 4. I contenuti del diritto regionale in fieri: le proposte di legge “Liberi Subito” e la Legge regionale toscana. - 5. Prima questione: il controverso riconoscimento di un “diritto” al suicidio assistito. - 5.1. Gli obblighi (già esistenti) in capo ai medici e alle amministrazioni sanitarie. Il possibile ruolo delle Regioni. - 6. Seconda questione: la compatibilità con il limite della riserva di legge statale in materia penale. - 6.1. La possibile interferenza del diritto regionale sulla clausola “procedurale” dell'art. 58o Cp, tra causa di esclusione del tipo, dell'antigiuridicità o della colpevolezza. - 6.2. Gli spazi dell'interazione ammissibile tra legge regionale e diritto penale. - 6.3. Il limite “attuativo” del contributo regionale alla definizione della procedura liceizzante il suicidio assistito. - 7. Conclusioni

1. Che su eutanasia e suicidio assistito spetti al Parlamento decidere è difficilmente contestabile: le questioni intorno alle opzioni di fine vita, coinvolgendo dilemmi etici e conflitti assiologici, necessariamente esigono scelte *politiche*, capaci di stabilire un ordine gerarchico tra i valori fondamentali in gioco, nel bilanciamento tra autonomia individuale, da una parte, e doveri collettivi di tutela della vita, dall'altra. Probabilmente, gli ultimi rimasti a dissentire su tale asserzione, per il resto ampiamente condivisa, sono proprio coloro i quali sarebbero deputati a tradurla in atto: il decisore politico, infatti, da tempo si sottrae al compito di aggiornare un quadro normativo divenuto anacronistico, rivelandosi così incapace di registrare il forte

mutamento di sensibilità riscontrabile su questi temi nella società civile¹ (il tema viene reputato evidentemente poco “monetizzabile” a fini di consenso elettorale).

L'assenza del Parlamento porta inevitabilmente a ricercare altrove spazi e possibilità di *supplenza*.

Come noto, è stata anzitutto la Corte costituzionale a trovarsi investita di un vicario, quanto inedito, ruolo politico²; e a non rifiutarlo, di fronte all'esigenza di dare effettività ai diritti fondamentali coinvolti, che risultavano compromessi dall'assetto normativo (penalistico) vigente³. Nel giudizio di costituzionalità sull'art. 580 Cp, promosso nel caso Antoniani-Cappato e articolato in due fasi (l'ord. n. 207 del 2018 e la successiva sent. n. 242/2019)⁴, la Consulta è infatti giunta a ritagliare un'area di liceità per la “morte medicalmente assistita”, di cui ha al contempo delineato una disciplina essenziale, ricalcandola su quella già prevista per il c.d. rifiuto di cure.

Naturalmente, l'intervento del giudice costituzionale non ha portato a una *surroga integrale* nella definizione delle questioni in tema di aiuto a morire: non avrebbe potuto essere altrimenti, considerato che quelle decisioni erano pur sempre condizionate dalle peculiarità del caso di specie⁵ e dalla preoccupazione di sconfinare in territori riservati al legislatore⁶. È, infatti, la stessa Corte costituzionale ad aver

¹ Come dimostra l'ampia partecipazione alla raccolta delle firme per il referendum sull'art. 579 Cp, poi considerato inammissibile dalla Corte costituzionale (C. cost., 15.2.2022, n. 50): lo evidenzia M. Romano, *Eutanasia legale e referendum: le ragioni dell'inammissibilità*, in www.sistemapenale.it, 25.1.2022, 2.

² L. Riscicato, *La Consulta e il suicidio assistito: l'autodeterminazione “timida” fuga lo spettro delle chine scivolose*, in www.laegislazionepenale.eu, 16.3.2020, 11, che registra il verificarsi nell'attuale contesto storico di una duplice «mutazione genetica»: da un lato, quella «di un Parlamento condizionato – anche nel silenzio – dalle maggioranze parlamentari, assai lontano dalle istanze sollecitate a gran voce dalla Corte e dalla Carta costituzionale; dall'altro quella di un organo di garanzia che finisce, suo malgrado, con l'assumere un ruolo “politico” per affermare il primato del diritto sulla politica».

³ Parla del ruolo delle Corti nell'uso della «forza espansiva dei diritti fondamentali» F. Viganò, *Diritti fondamentali e diritto penale al congedo dalla vita: esperienze italiane e straniere a confronto*, in www.sistemapenale.it, 12.1.2023, 2.

⁴ Si tratta della nota vicenda processuale iniziata a seguito dell'auto-denuncia presentata da Marco Cappato per l'aiuto materiale prestato al suicidio di Fabiano Antoniani. La questione di legittimità costituzionale dell'art. 580 Cp, sollevata dalla Corte di Assise di Milano, è stata risolta dalla Corte costituzionale con due successive pronunce: la prima ordinanza “interlocutoria” (Corte Cost., ud. 24.10.2018 – dep. 16.11.2018, n. 207), e la sentenza di declaratoria di illegittimità parziale (Corte Cost., ud. 25.9.2019 – dep. 22.11.2019 n. 242). I commenti alle pronunce sono numerosissimi e mi limito, pertanto, a citare alcuni volumi collettanei, rinviando alle note successive per ulteriori riferimenti: *Il caso Cappato. Riflessioni a margine della Corte costituzionale n. 207 del 2018*, a cura di F. S. Marini, C. Cupelli, Napoli 2019; *Autodeterminazione e aiuto al suicidio*, a cura di G. Fornasari, L. Picotti, S. Vinciguerra, Padova 2019; G. D'Alessandro, *La Corte costituzionale e il fine vita. Un confronto interdisciplinare sul caso Cappato-Antoniani*, a cura di O. Di Giovine, Torino 2020. Si veda, inoltre, l'approfondimento *Il suicidio assistito: le prospettive di fondo e la giurisprudenza costituzionale*, con contributi di G. De Francesco, L. Riscicato, V. Zagrebelsky, A. Nappi (in precedenza o in seguito singolarmente citati), in www.laegislazionepenale.eu

⁵ Rileva criticamente come il caso di specie abbia condizionato l'approccio della Corte costituzionale nel bilanciamento dei beni in gioco, G. Fiandaca, *Fino a che punto è condivisibile la soluzione costituzionale del caso Cappato?*, in *Discrimen*, 3.2.2020, 3 ss.

⁶ Parte della dottrina costituzionalistica ha peraltro denunciato un'invasione da parte della Corte del campo riservato

richiamato il decisore politico all'urgente necessità di approvare una regolamentazione organica, laica e costituzionalmente compatibile della materia⁷.

Siccome, però, tali ripetuti inviti rimangono inascoltati⁸, le "spinte" al riconoscimento di diritti o libertà nelle scelte di fine vita continuano a ricercare canali alternativi a quello parlamentare⁹. Per un verso, di fronte a istanze di segno *ulteriormente ampliativo* rispetto alle aperture operate dalla sentenza n. 242 del 2019, sono state tentate due strade: (i) quella della promozione di un *referendum* abrogativo sull'art. 579 Cp, allo scopo di legittimare forme di eutanasia attiva diretta, iniziativa però bloccata dalla dichiarazione di inammissibilità della Corte costituzionale (sent. n. 50 del 2022)¹⁰; (ii) quella del "ritorno" alla Consulta per ottenere un'espansione dell'ambito di liceità del suicidio medicalmente assistito, in particolare eliminando il requisito limitativo dei "trattamenti di sostegno vitale" (questione respinta dalla sent. 135 del 2024, pur con l'adesione a un'interpretazione ampia del presupposto¹¹).

alla discrezionalità politica del legislatore, v. A. Ruggeri, *La disciplina del suicidio assistito è "legge" (o, meglio, "sentenza-legge")*, frutto di libera invenzione della Consulta. A margine di Corte cost. n. 242 del 2019, in *Quaderni di diritto e politica ecclesiastica*, 3/2019, 633; 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*, 7.1.2020, 1 ss.; A. Nicolussi, *Lo sconfinamento della Corte costituzionale: dal caso limite della rinuncia a trattamenti salva-vita alla eccezionale non punibilità del suicidio medicalmente assistito*, in *Corti Supreme e Salute* 2019, 201; evidenza come la natura di "decisione politica" della sent. n. 242/2019 vincoli la futura discrezionalità del legislatore, C. Tripodina, *La "circoscritta area" di non punibilità dell'aiuto al suicidio*, in *Corti supreme e salute* 2019, 232 s. Altra parte della dottrina ritiene invece legittimo che il Giudice delle Leggi limiti la discrezionalità politica quando necessario per tutelare l'effettività dei diritti: v. G. Battistella, *Il diritto all'assistenza medica a morire tra l'intervento «costituzionalmente obbligato» del Giudice delle leggi e la discrezionalità del Parlamento. Spunti di riflessione sul seguito legislativo*, in *Osservatorio costituzionale AIC* 2020.

⁷ Sollecitazione ancora, da ultimo, ribadita dalla sent. n. 135 del 2024: per riferimenti v. sub nt. 11.

⁸ Dopo la pronuncia della Corte costituzionale, nella scorsa legislatura, è stato approvato in prima lettura alla Camera dei deputati un progetto di legge in materia di suicidio medicalmente assistito (A.C. 1888, recante «Modifiche all'articolo 580 del codice penale, in materia di aiuto al suicidio, e alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, riguardanti le disposizioni anticipate di trattamento e la prestazione delle cure palliative», che ha unificato una serie di iniziative precedenti). L'atto, trasmesso al Senato, non ha completato l'*iter* di approvazione a causa della fine anticipata della legislatura. A commento della proposta di legge, v. M. Romano, *Fine vita e suicidio assistito. Dalla Corte costituzionale una disciplina legislativa. Il disegno di legge n. 2553*, in *RIDPP* 2022, 949 ss.; nonché S. Seminarà, *Morte assistita, suicidio ed eutanasia (tra Corte costituzionale, quesito referendario e Parlamento)*, in *DPP* 2022, 950 ss., che mette criticamente in luce i "passi indietro" rispetto all'arresto costituzionale. Nell'attuale legislatura è attualmente in corso d'esame in Senato il disegno di legge n. 1083, il cui testo, tuttavia, si pone addirittura in aperto contrasto con i punti fermi indicati dalla sent. 242/2019, ripristinando la punibilità dell'aiuto al suicidio anche nei casi liceizzati dalla Corte costituzionale (v. art. 1).

⁹ F. Paruzzo, *Diritto alla vita e diritto sulla vita. Tra Corte e legislatore*, in *Discrezionalità legislativa e sindacato della Corte costituzionale*, a cura di M. Ruotolo, Napoli 2025, in corso di pubblicazione, 174.

¹⁰ Corte cost., ud. 15.2.2022 – dep. 2.3.2022, sent. n. 50; tra i commenti, v. M. Romano, *Eutanasia legale e referendum*, cit.; A. Pugiotto, *Eutanasia referendaria. Dall'ammissibilità del quesito all'incostituzionalità dei suoi effetti: metodo e merito nella sent. n. 50/2022*, in *Rivista AIC* 2022, 83 ss.; A. Massaro, *La natura "costituzionalmente necessaria" dell'art. 579 Cp: la Consulta dichiara inammissibile il referendum in materia di "eutanasia legale"*, in *CP* 2022, 2174 ss.

¹¹ Corte cost., ud. 19.6.2024 – dep. 18.7.2024, sent. n. 135: la pronuncia ha rigettato la questione di costituzionalità sollevata dal Gip di Firenze sull'art. 580 Cp, come modificato dalla sent. n. 242/2019, nella parte in cui subordina la non punibilità dell'aiuto alla condizione che questo sia prestato a persona "tenuta in vita da trattamenti di sostegno

Su altro versante, si evidenzia il problema di *dare attuazione* al disposto della sent. 242/2019 della Corte costituzionale. Nel vuoto legislativo, infatti, si è creata una situazione paradossale: ossia che quanti, *sulla carta*, hanno già visto riconosciuta la propria libertà di accedere alla morte medicalmente assistita, si trovano, *nei fatti*, confinati in un vero e proprio «limbo giuridico»¹², alla mercé delle prassi disomogenee delle singole amministrazioni sanitarie o costretti ad attendere gli esiti, anch'essi imprevedibili, dei ricorsi giudiziari¹³.

Ebbene, proprio al fine di superare le difficoltà di implementazione della sentenza costituzionale viene ad affacciarsi un'ulteriore forma di supplenza, coinvolgente attori istituzionali questa volta “periferici”, cui si chiede di colmare la contumacia del legislatore “centrale”: in altre parole, sarebbero *le Regioni* le possibili artefici di una regolamentazione del suicidio assistito, capace di uniformare – seppur su base territoriale – l'attuale frammentazione applicativa. La strada “regionale” viene più precisamente prospettata con due possibili diramazioni: una *legislativa*, secondo l'idea promossa dall'Associazione Luca Coscioni con l'iniziativa *Liberi Subito* – diramazione su cui principalmente concentreremo l'analisi, in quanto *ictu oculi* maggiormente plausibile e resa di speciale attualità dalla recentissima approvazione, in Toscana, della prima legge in Italia sul suicidio medicalmente assistito¹⁴; e l'altra *amministrativa*,

vitale”, pur fornendo un'interpretazione ampia e costituzionalmente orientata del requisito. A commento della sentenza, v. F. Consulich, *La morte medicalmente assistita e la tentazione dell'overruling: il significato ambiguo del trattamento di sostegno vitale*, in *RIDPP* 2024, 1071 ss., il quale evidenzia (p. 1082 ss.) come la posizione della Consulta solo apparentemente sia conservativa; P. Veronesi, *A primissima lettura: se cambia, come cambia e se può ulteriormente cambiare il “fine vita” in Italia dopo la sentenza n. 135 del 2024*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto* 2024, 239 ss.; S. Mangiameli, *Diritto alla vita e suicidio assistito: esiste un bilanciamento accettabile?*, in *GCos* 2025, 1416 ss.; C. Tripodina, *Suicidio medicalmente assistito: essere, o non essere, tenuti in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale? Questo il dilemma*, *ivi*, 1467 ss.; P. Scarlatti, *Dignità del malato e vulnerabilità: elementi di discontinuità nella giurisprudenza costituzionale sul fine vita*, *ivi*, 1478 ss.

¹² Così C. Caruso, *Perché le Regioni possono già intervenire sul suicidio assistito*, *La Stampa*, 25 aprile 2024.

¹³ Sugli ostacoli amministrativi all'attuazione della sent. 242/2019, v. P. Veronesi, *A primissima lettura*, cit., 253; sulle divergenze interpretative emerse nella giurisprudenza di merito, v. M. E. Bucalo, *Il cammino indicato dalla Corte costituzionale per la disciplina del suicidio medicalmente assistito fra giurisprudenza di merito e perdurante attesa del legislatore*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto* 2021, 281 ss.

¹⁴ L. regionale n. 5/2025. La proposta di iniziativa popolare, depositata in data 5 giugno 2023, è stata approvata con emendamenti dal consiglio regionale in data 11 febbraio 2025. La Toscana è divenuta così la prima Regione in Italia ad aver approvato una legge in tema di suicidio assistito. La promulgazione della legge è stata in un primo momento bloccata per effetto di un ricorso presentato dall'opposizione (FI, Lega e FdI) al collegio di garanzia statutaria, il quale, tuttavia, lo ha respinto in data 13 marzo 2025. Il giorno successivo, il Governatore Giani ha infine promulgato la legge : www.ilpost.it/2025/03/13/ricorso-legge-suicidio-assistito-toscana-respinto/; <https://www.rainews.it/articoli/2025/03/fine-vita-il-presidente-della-regione-toscana-giani-promulga-la-legge-7e9540a7-d043-4ccb-a80e-b2d1043cee45.html>

percorsa invece dall'Emilia-Romagna¹⁵ e (seppur più timidamente) dalla Puglia¹⁶, le quali hanno invece impiegato lo strumento della delibera di giunta per disciplinare alcuni specifici profili della materia.

D'altra parte, il percorso delle iniziative sinora intraprese risulta molto accidentato, per via di forti spinte oppositive che operano a livello politico¹⁷: ne è dimostrazione il fatto che, a fronte della presentazione di progetti di legge in molti consigli regionali¹⁸, soltanto in Toscana si sia arrivati all'approvazione definitiva, peraltro immediatamente seguita da un tentativo di bloccare la promulgazione da parte dell'opposizione (che ha proposto un ricorso, poi respinto, al collegio di garanzia statutaria)¹⁹; nelle altre Regioni, la discussione non è nemmeno stata avviata²⁰, si è arenata²¹ oppure è stata affossata dalle maggioranze politiche di turno, che l'hanno respinta nel merito (come accaduto in Veneto)²² ovvero impedita sul sorgere tramite l'approvazione di pregiudiziali di costituzionalità (è il caso di Piemonte, Friuli Venezia-Giulia e Lombardia)²³.

¹⁵ In Emilia-Romagna, oltre all'istituzione (con DGR n. 194/2024) del Comitato Regionale per l'Etica nella Clinica (COREC), cui è stato attribuito il compito di esprimere il parere nei casi richiesti dalla Corte costituzionale, è stata adottata una determinazione (n. 2596/2024) dalla Direzione generale Cura della Persona, salute e welfare, che regola l'iter amministrativo per dar corso alle richieste di suicidio assistito. In tema v. C. Caruso, *Al servizio dell'unità. Perché le Regioni possono disciplinare (con limiti) l'aiuto al suicidio*, in *Piemonte Autonomie*, 1/2024, 16 ss.

¹⁶ DGR 18/2023.

¹⁷ Sul piano del dibattito politico, invero, vi è chi vede nella collaborazione regionale un possibile strumento – non il migliore, ma quello più plausibile nella situazione data – per contribuire alla praticabilità del suicidio medicalmente assistito (nei limiti in cui sia già consentito dalla Corte costituzionale), senza peraltro celare l'auspicio che l'ingresso di normative regionali possa operare da pungolo per un intervento di più ampio respiro del Parlamento. Sul lato opposto, tra le opinioni contrarie, accanto a posizioni di più netta chiusura (per ragioni etiche o religiose) a ogni riconoscimento di spazi di liceità per l'aiuto a morire, vi è chi esprime il timore che le iniziative regionali distorcano il senso dell'intervento della Consulta e debordino dai limiti dalla stessa segnati; da altre parti, si evidenzia invece il pericolo di una concretizzazione diseguale dei diritti fondamentali riconosciuti dalla Corte, quale deriverebbe da una disciplina "a macchia di leopardo" del suicidio medico assistito; si aggiunge, infine, la considerazione di opportunità secondo cui la delicatezza degli interessi coinvolti richiederebbe di essere maneggiata dall'organo rappresentativo a livello nazionale. Sulla complessità e la molteplicità dei profili coinvolti, per tutti, E. Grosso, *Una legge regionale per disciplinare forme e limiti del suicidio medicalmente assistito?*, nello speciale della rivista *Piemonte Autonomie*, n. 1/2024, *Regioni e suicidio medicalmente assistito*, 1 ss.

¹⁸ Proposte di legge sono state depositate (per lo più su iniziativa popolare, talvolta da consiglieri del PD) in tutte le Regioni, salvo che in Molise, Trentino-Alto Adige e Puglia (dove, tuttavia, è stata approvata una delibera amministrativa); in Umbria e Basilicata, la fine della legislatura richiederebbe un nuovo deposito, che non è ancora avvenuto.

¹⁹ L. regionale n. 5/2025 (v. *supra*, nt. 14).

²⁰ Così in Abruzzo, in Puglia, in Liguria (dove il testo è stato ridepositato nell'attuale legislatura, dopo che nella precedente era stato portato in discussione), in Sardegna (anche qui il testo è stato nuovamente depositato dopo il rinnovo del Consiglio regionale), in Lazio, in Sicilia.

²¹ Così nelle Marche, in Campania, in Calabria, dove l'esame della proposta è fermo da mesi.

²² La PdL d'iniziativa popolare (n. 217) è stata bocciata dal Consiglio regionale del Veneto nella seduta del 16.1.2024.

²³ In Piemonte, dopo un iniziale via libera del consiglio di garanzia, il Consiglio regionale, in data 21.3.2024, ha approvato una pregiudiziale di costituzionalità che ha precluso l'esame nel merito del progetto di legge; l'esempio è stato seguito dalla Regione FVG (dove il consiglio ha approvato una pregiudiziale in data 20.6.2024) e dalla Lombardia

Anche dal punto di vista giuridico, la prospettiva di una “regionalizzazione” normativa del suicidio assistito non ha convinto in modo unanime, come dimostra l’accesso dibattito sorto all’interno della dottrina costituzionalistica²⁴. La diversità di opinioni in campo influenza, a sua volta, le posizioni istituzionali: così, se da un lato numerosi organi di garanzia hanno ritenuto ammissibili le proposte presentate (così, ad es. in Emilia Romagna, Abruzzo, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Veneto), in senso contrario si è espressa l’Avvocatura dello Stato in un parere richiesto dal Consiglio regionale del Veneto²⁵, con posizione ribadita successivamente in un ricorso al Tar contro le delibere amministrative della regione Emilia Romagna²⁶.

Sebbene i piani di discussione siano diversi, come si vedrà, il principale nodo da sciogliere riguarda l’ammissibilità degli interventi normativi in questione al metro del riparto di competenze tra Stato e Regioni previsto dalla Costituzione (art. 117). Si tratta, dunque, di un tema che interessa preminentemente questioni di diritto costituzionale e regionale²⁷: la riflessione, tuttavia, potrebbe essere sensibilmente e utilmente condizionata dalla considerazione di profili che coinvolgono più specificamente la prospettiva del diritto penale, ed è a tali profili che, in ragione delle competenze di chi

(in data 19.11.2024).

²⁴ Tra i principali contributi sul tema, con posizioni diversificate: L. Busatta, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, in *Osservatorio costituzionale AIC* 2024, 171; 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 nominate dall’azione sanitaria*, in *Consulta Online*, 1/2014, 69 e 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* 1/2024, 1 ss.; M.G. Nacci, *Il contributo delle regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Note a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, in *Riv. Gruppo di Pisa* 2023, 93 ss.; O. Pini, *Welfare regionale e nuove frontiere di tutela dei diritti: la proposta di legge regionale in tema di suicidio medicalmente assistito*, in *Le Regioni* 2023, 285 ss.; Cfr. anche i contributi ospitati nello speciale della rivista *Piemonte Autonomie*, n. 1/2024, *Regioni e suicidio medicalmente assistito*: E. Grosso, *Una legge regionale*, cit., 1 ss.; C. Caruso, *Al servizio dell’unità. Perché le Regioni possono disciplinare (con limiti) l’aiuto al suicidio*, ivi, 8 ss.; M.G. Nacci, *Note critiche sulle iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, ivi, 23 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*, ivi, 45 ss.

²⁵ Avvocatura Generale dello Stato, Parere del 16.11.2023 al Consiglio regionale del Veneto.

²⁶ Ricorso notificato in data 12 aprile 2024 e attualmente pendente davanti al Tar.

²⁷ Il principale nodo discusso riguarda l’ammissibilità degli interventi normativi in oggetto al metro del riparto costituzionale di competenze tra Stato e Regioni. Così, se, da un lato, vi è chi ritiene che una legge regionale sul fine vita (e a maggior ragione una delibera amministrativa) sconfinerebbe in settori di competenza statale esclusiva (“ordinamento civile” o “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”), ovvero inciderebbe sull’individuazione di principi fondamentali riservati allo Stato nella disciplina di materie concorrenti (“tutela della salute”) (v. in particolare G. Razzano, *Le proposte di leggi regionali*, cit., passim; M.G. Nacci, *Note critiche*, cit., passim; F. Paruzzo, *Diritto alla vita e diritto sulla vita*, cit., 176 s.), vi è, dall’altro lato, chi ammette uno spazio di intervento regionale strettamente finalizzato ad attuare quanto già in premessa sancito dalla Corte costituzionale (P.F. Bresciani, *Sull’idea di regionalizzare il fine vita*, cit., passim; C. Caruso, *Al servizio dell’unità*, cit., passim). Nel senso di una maggior plausibilità dell’intervento amministrativo, v. L. Busatta, *Come dare forma alla sostanza?*, cit., 191.

scrive, dedicheremo le pagine che seguono, senza pretesa che essi possano esaurire l'inquadramento costituzionale di una fattispecie altamente problematica e dalle molte sfaccettature.

2. Il punto di vista penalistico, in realtà, è già implicito nelle premesse al discorso che si sta svolgendo, se è vero che, tuttora, la perimetrazione dei contorni di liceità del suicidio assistito risulta assegnata a una norma incriminatrice: è infatti l'art. 580 Cp l'unica disposizione a essere stata direttamente investita dalle interpolazioni della sent. n. 242/2019 C. Cost., che ne ha dichiarato la parziale incostituzionalità dove la stessa sanzionava penalmente alcune ipotesi di aiuto a morire. La Consulta, in altre parole, ha ritagliato una "zona di libertà" dal rimprovero penale, sottraendo alla pretesa punitiva *alcune* delle condotte di assistenza alla "morte di mano propria", ossia quelle prestate a persone: (i) affette da patologie irreversibili; (ii) costrette a sopportare sofferenze fisiche o psicologiche che trovino assolutamente intollerabili; (iii) tenute in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale; (iv) capaci di prendere decisioni libere e consapevoli; condizioni, queste, che la Corte richiede siano previamente accertate tramite una procedura demandata al servizio sanitario pubblico (*infra*, § 3).

La disposizione penale, dunque, come rimodulata e integrata dall'intervento additivo della Consulta, continua a rappresentare il referente regolativo in tema di suicidio assistito, con cui deve necessariamente confrontarsi una normativa (statale o regionale, primaria o secondaria che sia) la quale aspiri a precisare o ridefinire i contorni dell'istituto. Ne discendono due conseguenze, registrabili su versanti speculari.

La prima si muove, per così dire, dalla norma penale verso il suo esterno: si tratta di comprendere, cioè, l'eventuale impatto collaterale che la *regola*²⁸ introdotta dalla Corte costituzionale all'interno dell'art. 580 Cp possa produrre sui settori extra-penali dell'ordinamento, in modo da stabilire in via consequenziale quali siano i margini di un possibile intervento del legislatore statale e di quello regionale (*infra*, § 5).

La seconda implicazione, di segno inverso, riguarda l'eventuale incidenza "di ritorno" sulla norma penale di un atto normativo che regoli l'accesso del suicidio medicalmente assistito. Da questo punto di vista, l'impatto potrebbe essere duplice. Da un lato, la prospettiva di un intervento regionale promette di rendere realmente

²⁸ S. B. Taverriti, *Norme esimenti e aiuto al suicidio: dalle rime liberate alla metrica della dommatica*, in www.lalegislationepenale.eu, 18.5.2021, 8, evidenzia come la sent. 242/2019 abbia introdotto una disciplina di dettaglio contenente "una vera e propria *regola*, pensata per la sussunzione del caso concreto nella fattispecie astratta", interrogandosi in termini problematici sulle ripercussioni sulla discrezionalità politica dell'organo legislativo.

disponibile il territorio di *libertà dalla pena* aperto dalla sentenza “Cappato”, ossia di assicurare concreta operatività alla non punibilità inserita nell’art. 580 Cp, attualmente compromessa proprio per l’assenza di una disciplina normativa. Dall’altro lato, occorre valutare l’eventuale suscettibilità delle previsioni regionali a tangere i bordi della disposizione incriminatrice, con l’effetto di espandere o contrarre l’area della responsabilità penale. Questa evenienza, nel mentre suggerisce una possibile riconducibilità del “suicidio assistito” all’ “ordinamento penale”, di esclusiva competenza statale ex art. 117, co. 2, lett. l) Cost., si riconnette altresì al pericolo di una diversificazione regionale degli statuti punitivi dell’aiuto al suicidio, in contrasto con l’esigenza di uguaglianza della tutela penale sul territorio nazionale: ciò chiama immediatamente in causa la garanzia della riserva di legge nella materia penale, che opera come duplice vincolo – di fonte *primaria* e di fonte *statale* – all’esercizio del potere punitivo, dunque come limite all’ingresso di norme sia di natura regolamentare, sia di provenienza regionale (*infra*, § 6).

Seguendo questa direttiva d’indagine, dunque, ci si interrogherà su quali siano i possibili spazi di intervento normativo delle Regioni in tema di suicidio assistito, alla luce delle indicazioni che possono specificamente derivare dal raffronto con il diritto penale. Non senza aver prima, tuttavia, definito quali premesse a tale analisi critica siano state poste dagli interventi della Corte costituzionale, nel disegnare uno “spazio libero dal diritto penale” in materia di suicidio medicalmente assistito (§3), e quali strategie siano state sinora, più nel dettaglio, proposte o intentate a livello regionale per normare tale spazio (§4).

3. La ricerca di possibili varchi per l’assegnazione di un ruolo alle Regioni non può non partire dall’individuazione dei confini attualmente esistenti. La disciplina vigente del suicidio assistito va ricercata in un’area in precedenza “occupata” dal diritto penale, per poi esserne in parte “liberata” a opera della sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale: è in questa pronuncia, come detto, che si rintracciano le coordinate dell’istituto.

Più precisamente, lo scenario attuale costituisce la risultante della “scelta tragica” di cui la Consulta è stata investita tramite la questione di legittimità dell’art. 580 Cp, che originariamente incriminava senza distinzioni le condotte di agevolazione materiale al suicidio²⁹. I giudici costituzionali, per un verso, non avrebbero potuto ignorare gli

²⁹ Non è rilevante, in questa sede, prendere posizione circa la *vexata quaestio* della qualificazione giuridica, e più specificamente penalistica, dell’atto suicidario. È nota, al riguardo, la tesi di F. Mantovani (*Diritto penale, Parte*

aspetti di incostituzionalità – in relazione ai diritti dell'autodeterminazione e della dignità della persona³⁰ – convogliati da una punizione indiscriminata dell'aiuto a morire: una fattispecie, questa, che visibilmente si offuscava di intransigente disumanità dinanzi a quei casi, emblematicizzati dalla vicenda di Marco Cappato e Fabiano Antoniani, in cui l'aiuto si rivolge a persone che invocano di essere liberate da un'esistenza percepita come prigioniera delle sofferenze del corpo³¹. Si voleva, però, al

speciale, I, Padova 2016, 127 s.), secondo cui il suicidio sarebbe un atto né lecito né illecito, ma “giuridicamente tollerato”, perché espressivo di un disvalore che però non viene punito per ragioni di opportunità. Secondo altra tesi, alla luce dell'attuale disciplina codicistica si tratterebbe invece di un atto illecito, come dimostra la sanzionabilità penale di chi non lo impedisca (a titolo di reato omissivo improprio per i titolari di una posizione di garanzia, ovvero ex art. 593 c. 2 Cp): così T. Padovani, *Note in tema di suicidio ed aiuto al suicidio*, in *La tutela della persona umana. Dignità, salute, scelte di libertà* (per Francesco Palazzo), a cura di G. De Francesco, A. Gargani, D. Notaro, A. Vallini, Torino 2019, 140 s.; secondo l'originale tesi di G. De Francesco, *Il suicidio assistito nel quadro sistematico della relazione con "l'altro"*, in www.lalegislazionepenale.eu, 16.3.2020, 1 ss., il suicidio non è fatto penalmente tipico (né potrebbe esserlo, non offendendo alcun rilevante bene giuridico altrui), ma ciò non toglie che sia un atto *illecito* – dunque impedibile da parte di terzi – perché coinvolge «l'interesse di terzi a conservare la relazione con l'altro».

Altra impostazione qualifica il suicidio come atto lecito, in quanto espressione di una *libertà*: v. B. Magro, *Eutanasia e diritto penale*, Torino, 2001, 193 ss., che evidenzia come a nessuno possa essere imposto di vivere così come di morire, «il che equivale a dire che la morte, come la vita, non possono giammai consistere in doveri, ma semmai in libertà» (200). Di una vera e propria libertà costituzionale si tratterebbe secondo F. Giunta, *Diritto di morire e diritto penale. I termini di una relazione problematica*, in *RIDPP* 1997, 278 e L. Stortoni, *Riflessioni in tema di eutanasia*, in *LP* 2000, 481: ma una simile conclusione è contraddetta dall'incriminazione dell'aiuto al suicidio e dell'omissione di soccorso; secondo l'impostazione prevalente, il suicidio sarebbe una mera *libertà di fatto*: cfr. S. Seminara, *Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia*, in *RIDPP* 1995, 677; B. Magro, *Eutanasia e diritto penale*, Torino, 2001, 187 ss.; M. Pelissero, *Libertà di autodeterminazione e diritto penale*, in *Aa.Vv.*, *Rifiuto di cure e direttive anticipate. Diritto vigente e prospettive di regolamentazione*, Torino 2012, 101; S. Canestrari, *Ferite dell'anima*, cit., 9 ss.

³⁰ Sono questi i due capisaldi su cui la Corte fonda il superamento del «tabù della morte assistita» secondo L. Risicato, *La Consulta e il suicidio assistito*, cit., 2 ss., che evidenzia poi come la *dignità* debba essere qui intesa in senso eminentemente soggettivo; l'A. avverte peraltro dall'insidiosità di tale concetto, che per via della sua ambivalenza (nella stessa giurisprudenza costituzionale, si trova diversamente declinato in senso oggettivo e soggettivo) può prestarsi a essere usato per fondare o negare le incriminazioni su temi eticamente sensibili e, dunque, «rischia di essere la vera *slippery slope* di questa tematica». Invero, come incisivamente osserva V. Zagrebelsky, *Aiuto al suicidio. Autonomia, libertà e dignità nel giudizio della Corte Europea dei diritti umani, della Corte costituzionale italiana e di quella tedesca*, in www.lalegislazionepenale.eu, 2.3.2020, 1: «(t)aluni legano alla dignità umana la protrazione senza limiti della vita e altri sulla dignità umana fondano il diritto ad interrompere una vita non più ritenuta dignitosa o comunque accettabile»; secondo l'A., quindi, la legittimità del suicidio assistito deve fondarsi sul riconoscimento del solo *diritto all'autodeterminazione, non della dignità, anche se il primo è un aspetto della seconda* (così anche secondo D. Pulitanò, *Il diritto penale di fronte al suicidio*, in *DpenCont* 2018, 67). Ampiamente sul punto, ritenendo scarsamente decisivo il riferimento alla dignità, per la sua genericità, ambivalenza e per la sua facile condizionabilità dalle convinzioni personali di partenza, G. Fiandaca, *Fino a che punto è condivisibile*, cit., 10 ss. Queste ambiguità spiegano probabilmente la scelta della sent. 242/2019, con cambio di strategia rispetto all'ord. 207/2018, di eliminare pressoché ogni riferimento alla dignità, come evidenzia C. Cupelli, *Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a se stessa. La sentenza n. 242 del 2019 e il caso Cappato*, in www.sistemapenale.it, 4.12.2019, 46; G. Gentile, *Il suicidio medicalmente assistito nello spazio libero dal diritto penale*, in *DPP* 2020, 382. Sui concetti di “dignità” e “dignità nel morire” v. da ultimo A. Tigrino, *Suicidio assistito e autodeterminazione responsabile. I limiti costituzionali dell'intervento penale*, Napoli 2024, 96 ss.

³¹ Il rimando è ovviamente a S. Canestrari, *Ferite dell'anima e corpi prigionieri*, Bologna, 2021. Secondo l'A., la centralità della *corporeità* del dolore distingue ontologicamente la situazione del malato che chiede aiuto nel morire dalle tipologie “tradizionali” di suicidio, in cui a prevalere è la “sofferenza dell'anima”; «(l'aiuto al) *suicidio* e (il) *suicidio medicalmente assistito* non sono gemelli congiunti e neppure fratelli: sono soltanto parenti che si ribellano ad una “convivenza forzata”» (6); cfr. anche Id., *Una sentenza “inevitabilmente infelice”: la “riforma” dell'art. 580 Cp da parte*

contempo scongiurare il vuoto di legislazione che una secca declaratoria di illegittimità avrebbe determinato, con il pericolo di privare di una, invece necessaria, tutela penale le persone che maturano la decisione di morire in condizioni di fragilità e sono, dunque, maggiormente esposte ad abusi o a condizionamenti³². Insomma: occorre, sì, *liberare dal diritto penale*, in alcune situazioni, il suicidio medicalmente assistito, ma non in ogni caso, né si poteva in via assoluta *lasciarlo libero dal diritto*, da qualunque disposizione che ne regolasse condizioni e modalità di esercizio³³.

Alla Corte era chiaro, peraltro, che questo bilanciamento coinvolgesse scelte di valore fondamentali di cui dovesse essere investito il decisore politico. Di qui l'iniziale tentativo di interlocuzione con il Parlamento, tramite il (fino ad allora) inedito meccanismo della "incostituzionalità differita" escogitato dall'ordinanza n. 207/2018: la decisione anticipava e, insieme, sospendeva lo scrutinio delle norme censurate, così da consentire all'organo legislativo, nel frattempo "messo in mora", di elaborare una disciplina organica e costituzionalmente compatibile della materia³⁴.

Le attese – è storia nota – sono rimaste deluse: e, scaduto l'anno di tempo concesso, alla Corte non è rimasto altro, con la successiva sentenza n. 242/2019, che dichiarare la preannunciata parziale incostituzionalità dell'art. 580 Cp, suo malgrado avocando a sé la difficile opera di mediazione tra le istanze di libertà e i bisogni di protezione individuale che confliggono, spesso in modo drammatico, nelle situazioni di vulnerabilità di fronte alla morte. Per conseguire tale obiettivo, la pronuncia si è orientata in due direzioni.

In primo luogo, non è stata imboccata la strada, suggerita dall'ordinanza di rimessione, di ritenere *tout court* incostituzionale la parte della disposizione che

della Corte costituzionale, in *disCrimen*, 8.9.2020, 14. Si interroga in questi termini anche V. Manes, *Aiuto a morire, dignità del malato, limiti dell'intervento penale*, in *PD* 2020, 46: «è ancora suicidio il congedo dalla vita scelto, dolorosamente, drammaticamente, da chi vive una situazione in cui il corpo si è ormai congedato dalla persona?». Non dovrebbe pertanto nemmeno parlarsi di «suicidio assistito», bensì di «morte medicalmente assistita» secondo F. Consulich, *La morte medicalmente assistita*, cit., 1073; così anche S. Seminara, *Morte assistita*, cit., 940.

³² Quella assunta dalla Corte è, cioè, una prospettiva di paternalismo c.d. *soft* ("debole" o "moderato"), secondo la nota concettualizzazione di J. Feinberg (*Harm to self*, Oxford 1986): cfr. G. Fornasari, *Paternalismo hard, paternalismo soft e antipaternalismo nella disciplina penale dell'aiuto al suicidio: Corte Costituzionale e Bundesverfassungsgericht a confronto*, in www.sistemapenale.it, 11.6.2020. In tema v. anche D. Pulitanò, *Diritto penale e aiuto al suicidio*, cit., 59 ss.; G. Fiandaca, *Il diritto di morire tra paternalismo e liberalismo penale*, in *FI* 2009, 227 ss.; A. Nappi, *Suicidio medicalmente assistito e omicidio del consenziente pietatis causa: problematiche ipotesi di tipicità penale*, in www.lalegislazionepenale.eu, 23.9.2019, 8 ss.

³³ A. Vallini, *Il tempo giusto del saluto. La Consulta, la libertà di suicidarsi, la vulnerabilità del suicida, i limiti del diritto penale*, in *La Corte costituzionale e il fine vita*, cit., 448.

³⁴ Su tale tecnica decisoria, V. Marcenò, *Una tecnica controversa: l'ordinanza interlocutoria con rinvio a data fissa*, in *GCos* 2022, 497 ss.; E. Grosso, *Il rinvio a data fissa nell'ordinanza n. 207/2018*, in *Quad. cost.* 2019, 559 ss.; evidenzia la portata storica di questa "invenzione" processuale F. Palazzo, *La sentenza Cappato può dirsi storica?*, in *PD* 2020, 5.

incrimina le condotte di “aiuto” al suicidio, ossia di assistenza nell’esecuzione di una decisione suicidaria già precedentemente e autonomamente formate: una prospettiva, questa, che è stata invece percorsa in altri ordinamenti (ad es. dal Tribunale costituzionale tedesco³⁵) e la cui adozione presupporrebbe di considerare la scelta di morire quale espressione di una libertà *assoluta* di autodeterminazione individuale – a fondamento costituzionale (artt. 2 e 13 Cost.) e sovranazionale (art. 8 Cedu)³⁶ –, con la conseguenza che anche il supporto prestato dal terzo all’esercizio di tale libertà dovrebbe necessariamente qualificarsi come lecito³⁷.

Nell’ottica della Corte costituzionale, tuttavia, simile conclusione risulta viziata da una lettura eccessivamente astratta dell’autonomia individuale, che ignora le concrete condizioni di vulnerabilità da cui, sovente, le decisioni suicidarie sono condizionate³⁸. In linea di principio, quindi, non potrebbe ritenersi inibita all’ordinamento una reazione oppositiva a quelle scelte, tramite la punizione delle condotte che ne agevolino l’attuazione: ciò si giustificerebbe, infatti, in funzione di tutela del diritto alla vita «dei soggetti più deboli e vulnerabili», ossia di quelle persone «che attraversano difficoltà e sofferenze» perché «malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine», e quindi «facilmente indotte» a compiere un gesto irreparabile dal quale, invece, potrebbero essere distolte con un adeguato supporto psicologico³⁹.

³⁵ BVerfG, sent. 26.2.2020, 2 BvR 2347/15, con cui il Tribunale costituzionale tedesco ha dichiarato incostituzionale il reato di “agevolazione commerciale del suicidio” di cui al § 217 StGB. Sulla diversità di approccio tra le due Corti costituzionali, italiana e tedesca, v. F. Viganò, *Diritti fondamentali e diritto penale*, cit., 26 ss.; M. Romano, *Suicidio assistito e Corti costituzionali italiana e tedesca*, in *RIDPP* 2021, pp. 33 ss.; G. Fornasari, *Paternalismo hard*, cit., 1 ss.; N. Recchia, *Il suicidio medicalmente assistito tra Corte costituzionale e Bundesverfassungsgericht. Spunti di riflessione in merito al controllo di costituzionalità sulle scelte di incriminazione*, in *DPenCont* 2020, 63; V. Zagrebelsky, *Aiuto al suicidio*, cit., 1 ss.; A. Nappi, *A chi appartiene la propria vita? Diritto penale e autodeterminazione nel morire: dalla giurisprudenza della Consulta alla epocale svolta del Bundesverfassungsgericht*, in www.laegislazionepenale.eu, 16.3.2020, 1 ss.; A. Tigrino, *Il Bundesverfassungsgericht in tema di aiuto al suicidio prestato in forma commerciale. Verso un approccio realmente liberale al fine vita?*, in www.archiviopenale.it, 27.12.2020, 1 ss.; F. A. Manna, *Esiste un diritto a morire? Riflessioni tra Corte costituzionale italiana e Corte costituzionale tedesca*, in *Crim* 2019, 203 ss.

³⁶ Critico rispetto alla posizione della Corte costituzionale italiana V. Zagrebelsky, *Aiuto al suicidio*, cit., 6, secondo cui la scelta di fondare la non punibilità dell’art. 580 Cp sul diritto di rifiutare le cure (art. 32 Cost.) porterebbe a riconoscere l’autonomia individuale solo in presenza di determinate condizioni oggettive (quando, cioè, vengono in rilievo scelte sulla salute): vi sarebbe da chiedersi, però, «se spetti allo Stato o alla società, fosse pure in ipotesi in una sua parte maggioritaria, definire quando rispettare autonomia/dignità delle persone».

³⁷ Invero, “il contributo ad un’azione lecita non può che essere a sua volta lecito”: così F. Consulich, *Stat sua cuique dies. Libertà o pena di fronte all’aiuto al suicidio?*, in *RIDPP* 2019, 125.

³⁸ R. Bartoli, *Brevi riflessioni sul fine vita a partire dai concetti di uomo, individuo e persona*, in *DisCrimen*, 20.6.2019, 11, evidenzia come alla base delle affermazioni della Corte vi sia una visione «personalista» e «comunitaria», fondata sul riconoscimento dell’autodeterminazione individuale alla condizione che possa dirsi realmente autentica.

³⁹ C. Cost., sent. 242/2019, § 2.2. del considerato in diritto (v. già ord. 207/2018). Sul punto si veda anche la limpida ricostruzione di F. Viganò, *Diritti fondamentali e diritto penale*, cit.

Da un lato, dunque, la Corte conferma la complessiva tenuta costituzionale dell'art. 580 Cp. Al contempo, tuttavia, individua una specifica "sottofattispecie"⁴⁰ di aiuto al suicidio – "ritagliata" sulla vicenda di Antoniani e Cappato – in cui l'incriminazione viene ritenuta costituzionalmente inammissibile: sono i casi in cui l'ausilio sia offerto a un malato che, in forza dell'art. 32, comma 2, Cost. e dell'art. 1, l. 219/2017, già abbia il diritto (o la libertà) di *lasciarsi morire*⁴¹ – richiedendo l'interruzione delle cure e la sottoposizione a sedazione palliativa profonda e continua – ma che a questa prospettiva preferisca quella di una morte *immediata*, da lui avvertita come più dignitosa e meno dolorosa, anche per le persone che gli sono care⁴². In queste situazioni, secondo la Corte, sarebbe irragionevole precludere alla persona la possibilità di scegliere di *anticipare* la propria morte, con un proprio atto "medicalmente assistito", anziché attendere che questa arrivi in modo naturale una volta rinunciate le terapie. Se al malato già si riconosce il diritto di scegliere di morire, tramite il rifiuto di cure, non vi sono ragioni per limitare la sua autonomia quando invochi una *modalità diversa* di porre termine alla propria esistenza. Il divieto assoluto, penalmente sanzionato, di aiuto al suicidio finirebbe infatti per «limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita»⁴³.

A ben vedere, in queste situazioni la stessa tutela penale dell'art. 580 Cp sembra perdere di senso: si tratta di casi in cui la richiesta di morire per lo più non corrisponde a quella transitoria "vulnerabilità psicologica" che si riscontra nella tipologia tradizionale di suicidio⁴⁴, ma può essere dettata da un lucido e convinto rifiuto

⁴⁰ Così la definisce F. Viganò, *Diritti fondamentali e diritto penale*, cit., 23.

⁴¹ Di un vero e proprio "diritto di morire" dovrebbe parlarsi secondo M. Donini, *Libera nos a malo. I diritti di disporre della propria vita per la neutralizzazione del male*, in www.sistemapenale.it, 10.2.2020; Id., *La necessità di diritti infelici. Il diritto di morire come limite all'intervento penale*, in *RIMedLeg* 2016, 547-572. Parla di libertà costituzionale di suicidarsi F. Giunta, *Diritto di morire e diritto penale: i termini di una relazione problematica*, cit., 278. In senso contrario alla configurabilità di un diritto avente a oggetto la propria morte, ritenendo che si tratti di una mera libertà negativa, F. Consulich, *Stat sua cuique dies*, cit., 113 ss.; secondo A. Gargani, *Jus imperfectum? L'esercizio del diritto di rifiutare le cure tra esigenze di garanzia e prospettive di riforma*, in *RIMedLeg* 2014, 516, non si tratterebbe di un diritto di morire, ma di un diritto di rifiutare le terapie. Si tratterebbe di un «diritto a non soffrire», quale declinazione del diritto alla salute, per A. Vallini, *Morire è non essere visto: la Corte costituzionale volge lo sguardo sulla realtà del suicidio assistito*, in *DPP*, 2019, 816; così anche G. Gentile, *Il suicidio medicalmente assistito*, cit., 387.

⁴² Su questo aspetto in particolare v. M. B. Magro, *The last dance. Riflessioni a margine del c.d. caso Cappato*, in www.penalecontemporaneo.it, 12.6.2019, spec. 18 ss.

⁴³ C. Cost., sent. 242/2019, § 2.3 del considerato in diritto.

⁴⁴ Si tratta della lettura "suicidologica" della sentenza della Corte proposta da A. Vallini, *Morire è non essere visto*, cit., 812 ss., che richiama il concetto di "*suicidal vulnerability*" elaborato dagli studi scientifici della c.d. suicidologia. In una prospettiva simile v. anche S. Canestrari, *Ferite dell'anima*, cit., 51, secondo il quale, nelle tradizionali forme di suicidio (provocate da sofferenza psicologica o esistenziale) sarebbe difficile accertare l'esistenza di una «volontà suicida libera

dell'alternativa imposta tra una vita segnata dalla malattia e un decorso mortale lento e doloroso, entrambi percepiti come contrastanti con la propria personale idea di dignità (nel vivere e nel morire)⁴⁵. D'altra parte, questo spazio di "insensatezza" dell'art. 580 Cp non viene "inventato" dalla Corte, bensì rinvenuto alla luce del diritto esistente, sulla base di un raffronto con le ipotesi in cui la l. 219/2017 riconosce già la possibilità di lasciarsi morire mediante rifiuto di cure⁴⁶: è, dunque, il parametro dell'uguaglianza-irragionevolezza (seppur non espressamente richiamato dalla sent. 242/2019) a costituire la logica di fondo della decisione di parziale incostituzionalità del reato⁴⁷.

D'altra parte, anche in questi casi, se difettano le ragioni generali di tutela ex art. 580 Cp, non viene meno il pericolo che il malato subisca condizionamenti o abusi nella decisione di morire: proprio per garantire protezione a tale peculiare dimensione di vulnerabilità individuale, che appartiene al malato terminale (ed è diversa dalla "comune" vulnerabilità davanti al suicidio), la sent. 242/2019 ha subordinato la non punibilità ex art. 580 all'ulteriore rispetto di una disciplina "procedurale", strumentale ad assicurare un controllo *ex ante* sulla reale sussistenza dei presupposti che, sul piano sostanziale, rendono legittima la condotta di aiuto al suicidio. Il rispetto di tale procedura, inoltre, consentirebbe di salvaguardare, ove ancora possibile, la vita del paziente, non in modo impositivo bensì mediante l'offerta, elaborata nel dialogo con l'interessato, di opportune alternative all'autosoppressione, quali le cure palliative, o la sedazione terminale⁴⁸, o ancora proposte di sostegno sociale ed economico, se disponibili (eventualità, questa, che rimane "tra le righe" della sentenza, ma che sembra comunque emergere dal preteso coinvolgimento dei "comitati etici

e consapevole».

⁴⁵ Limpidamente A. Vallini, *Il tempo giusto del saluto*, cit., 452: «[nei confronti di tali pazienti] non regge più, per difetto di una valida corrispondenza con l'*id quod plerumque accidit*, quella "presunzione" di "falsa autodeterminazione" e di "implicita richiesta di aiuto" che secondo la stessa Consulta fornisce giustificazione alla repressione penale dell'agevolazione ex art. 580 Cp. Il loro non è *quel* "suicidio" cui la figura criminosa, in ragione della sua *ratio*, si riferisce».

⁴⁶ Come evidenzia F. Palazzo, *La sentenza Cappato*, cit., 13, la Corte evita di entrare nella questione del bilanciamento dei valori coinvolti (vita, autodeterminazione, dignità) e, forse più saggiamente, «[gioca] la partita sul confronto e sulle analogie tra la disciplina (di liceità) di cui alla legge n. 219/2017 e la disciplina (di illiceità) di cui all'art. 580 Cp».

⁴⁷ F. Viganò, *Diritti fondamentali*, cit., 25-26; F. Consulich, *La morte medicalmente assistita*, cit., 1075. Nell'ord. 207/2018 si richiamava, accanto all'art. 32 Cost., anche la «lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive» (§ 9). Il ricorso al parametro dell'uguaglianza-ragionevolezza era già stato suggerito da D. Pulitanò, *Diritto penale e aiuto al suicidio*, cit., 71.

⁴⁸ Questo aspetto assume particolare importanza nel ragionamento della Corte costituzionale, considerato che «l'accesso alle cure palliative, ove idonee a eliminare la sofferenza, spesso si presta [...] a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita». Sul punto v. S. Canestrari, *Una sentenza "inevitabilmente infelice"*, cit., 23-26.

territoriali”, ove si può supporre siano rappresentate anche professionalità dei servizi sociali⁴⁹).

È la stessa sentenza costituzionale a tratteggiare le linee essenziali di questa procedura: non già plasmandole dal nulla, bensì modellandole sulle “rime adeguate” della legislazione sul rifiuto delle cure salvavita. Invero, nel ragionamento della Corte, una volta inquadrata la vicenda del “suicidio assistito” quale *pendant* del diritto di rifiutare i trattamenti sanitari, punto di riferimento naturale per la “costruzione” di una sua regolamentazione positiva si fa proprio la l. 219/2017, dedicata alle «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento», e più genericamente – art. 1, co. 2 – alla «relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico». È soltanto entro questa relazione (la quale invero, nella logica della l. 219/2017, è destinata a dipanarsi nel tempo e assumere una funzione fortemente comunicativa⁵⁰) che possono appurarsi presupposti legittimanti di natura “medica”, possono maturare decisioni orientate da adeguata assistenza e informazione e dalla proposta di alternative, che si possono risparmiare al richiedente sofferenze psico-fisiche non necessarie e, infine, prescrivere il farmaco letale. In effetti, la Corte pretende che i requisiti che legittimano il suicidio medicalmente assistito siano accertati da parte di una struttura pubblica del servizio sanitario, secondo le medesime modalità e in virtù degli stessi passaggi previsti dalla l. n. 219/2017 per i casi di interruzione di trattamenti di sostegno vitale, e – questa, in verità, è un’aggiunta piuttosto “creativa” della Corte, non desumibile dalla legge citata - previo parere del comitato etico territorialmente competente.

Ebbene, nell’introduzione di tale procedura si annida il nucleo problematico dell’attuale praticabilità del suicidio assistito. Da un lato, infatti, la sentenza costituzionale sembra intendere le proprie indicazioni come auto-applicative e, quindi, destinate a essere eseguite dalle amministrazioni sanitarie – alle quali viene espressamente attribuita la responsabilità, e anzi il monopolio, della procedura stessa – senza necessità di ulteriore mediazione legislativa; dall’altro lato, tuttavia, l’opera creativa dei giudici costituzionali non si è spinta fino a introdurre una disciplina di dettaglio (né, del resto, avrebbe potuto farlo), con l’effetto di lasciare numerosi profili aperti all’interpretazione. Si pensi, solo a titolo di esempio, ai dubbi sorti in merito all’individuazione dei comitati etici competenti a fornire il parere richiesto, e circa la

⁴⁹ Sul punto A. Vallini, *Il tempo giusto del saluto*, cit., 455.

⁵⁰ Giacché «il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura»: art. 1, co. 8.

natura di tale parere⁵¹; o, ancora, circa la sussistenza di un vero e proprio obbligo (e, casomai, con quali contenuti), in capo alle amministrazioni sanitarie che risultino destinatarie di richieste di suicidio assistito, di attivare il percorso di accertamento dei requisiti richiesti dalla Corte e di prestare l'aiuto richiesto: in merito, la prassi applicativa registra risposte disomogenee, per cui a situazioni di spontaneo adeguamento alla sentenza costituzionale⁵² si accostano comportamenti di inerzia o aperto rifiuto, che costringono gli istanti ad affidarsi alle decisioni (a loro volta incerte) degli organi giudiziari⁵³. È peraltro rilevante come la “chiamata in causa”, da parte della Consulta, del Servizio sanitario, letta congiuntamente alla scelta di dedurre la regolamentazione del suicidio medicalmente assistito da una legge sulla relazione medico-paziente quale è la l. 219/2017, ed infine illuminata da un riferimento *in apicibus* all'art. 32 Cost., sembri proiettare la questione affrontata entro la materia della “tutela della salute”, di legislazione concorrente ex art. 117, co. 3, Cost., con conseguente legittimazione dell'intervento regionale nel rispetto dei “principi fondamentali” sanciti a livello statale, nel caso di specie, peraltro, ricavabili dalle stesse sentenze della Corte costituzionale.

Tanto premesso, è proprio per arginare tali difformità applicative, in attesa di un intervento da parte del legislatore nazionale, che si discute di un'eventuale “supplenza” delle Regioni nel dettagliare la disciplina dettata dalla Consulta per la legittimità del suicidio assistito.

4. In questa direzione si orientano le proposte di legge redatte dall'Associazione Coscioni e depositate, con formulazione sostanzialmente coincidente, in vari Consigli regionali; una di queste proposte, come già anticipato, si è infine sostanziata nella Legge regionale n. 5/2025, approvata dal Consiglio regionale della Toscana nella seduta dell'11 febbraio 2025 (con alcune differenze di dettaglio che lasceremo emergere nel prosieguo dell'analisi).

Presupposto di autolegittimazione di questi interventi è, per l'appunto, l'affermazione che la legge costituisca esercizio di competenze regionali concorrenti in materia di tutela della salute⁵⁴, in attuazione di principi fondamentali definiti, a

⁵¹ In tema ampiamente v. Vallini, *Il tempo giusto del saluto*, cit., p. 454 ss.

⁵² Per alcuni esempi in Veneto e Friuli-Venezia Giulia v. P.F. Bresciani, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita*, cit., 5, nt. 11.

⁵³ V. ad es. le decisioni di segno opposto del Trib. Ancona, ord. 26 marzo 2021 e ord. 9 giugno 2021.

⁵⁴ Nella «relazione illustrativa» della proposta di legge *standard* «Liberi subito», ma non espressamente nel preambolo della legge toscana, si fa altresì riferimento alle competenze regionali in materia di «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio

livello nazionale, da una sentenza immediatamente esecutiva, e allo scopo altresì di “eliminare eventuali residui di incertezza e problematicità rispetto all’erogazione di una prestazione sanitaria suddivisa in più fasi, dalla verifica delle condizioni alla verifica delle modalità di autosomministrazione del farmaco che possa garantire una morte rapida, indolore e dignitosa” (Preambolo della legge toscana, nn. 6 e 7).

L’obiettivo è duplice: (i) la specificazione dei requisiti “procedimentali” del suicidio medicalmente assistito, tramite la definizione di “tempi e modalità” per l’erogazione, da parte dell’amministrazione sanitaria regionale, dei relativi trattamenti; (ii) la configurazione di tale procedimento come *doveroso* per il soggetto pubblico, riconoscendo l’esistenza di un corrispondente *diritto soggettivo*, “individuale e inviolabile”, in capo al paziente che, in costanza dei presupposti stabiliti dalla Corte costituzionale, richieda l’assistenza sanitaria al suicidio (l’evocazione netta di tale diritto si compie nell’art.1 della versione originale, e *standard*, della proposta “Liberi subito”; essa, tuttavia, non viene ripetuta nel testo della legge toscana).

La procedura viene articolata in due successive fasi: la prima, volta all’accertamento della sussistenza dei requisiti sostanziali legittimanti l’aiuto al suicidio, ai sensi della sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale, nonché alla definizione delle modalità di attuazione del suicidio assistito; la seconda, subordinata all’esito positivo del riscontro degli stessi presupposti, diretta a garantire al malato sia il reperimento del farmaco, sia la necessaria assistenza sanitaria prima e durante l’atto di autosomministrazione.

La verifica delle condizioni per l’accesso al suicidio assistito prende avvio a seguito di istanza presentata dall’interessato all’azienda sanitaria competente per territorio (art. 3, co. 1 della proposta; art. 4 della legge toscana). Lo svolgimento dell’attività accertativa è affidato a una Commissione medica multidisciplinare permanente (art. 2 della proposta; art. 3 della legge toscana), formata da persone individuate su base

nazionale»; nell’art. 7, co. 2, della legge toscana, si stabilisce semmai che «Le prestazioni e i trattamenti disciplinati dalla presente legge costituiscono un livello di assistenza sanitaria superiore rispetto ai livelli essenziali di assistenza. La Regione fa fronte con risorse proprie agli effetti finanziari connessi a tali prestazioni e trattamenti, in conformità a quanto statuito dall’articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421)». La soluzione toscana sembra voler superare le critiche che, sotto tale specifico profilo, una parte della dottrina aveva rivolto alla proposta di legge ordinaria: se è vero che la riserva di competenza statale esclusiva in materia di LEP (art. 117 lett. m) non preclude di per sé alle Regioni “virtuose” di destinare risorse a favore di determinate prestazioni, ove queste non siano assicurate dallo Stato (per approfondimenti e riferimenti alla giurisprudenza costituzionale v. Bresciani, *Sull’idea di regionalizzare il fine vita*, cit., 16), tuttavia parte della dottrina evidenziava il rischio che la gratuità della prestazione di assistenza al suicidio, unita alla “clausola di invarianza finanziaria”, sottendesse l’idea di ridurre le poste destinate al finanziamento degli altri LEP, in particolare i fondi stanziati per le cure antalgico-palliative (F. Pizzetti, *La proposta di legge piemontese*, cit., 18; M. G. Nacci, *Note critiche sulle iniziative legislative regionali*, cit., 11).

volontaria (precisa la legge toscana) e comunque sulla base di specifiche professionalità – più precisamente: un medico palliativista, un neurologo (un medico legale, nella legge toscana), uno psichiatra, un anestesista, un infermiere e uno psicologo. Nella proposta Liberi Subito viene fatta salva la possibilità, per la stessa Commissione, di integrarne di volta in volta la composizione, per una migliore valutazione delle condizioni del singolo paziente (art. 2 co. 3); la legge toscana prevede, invece, che la Commissione sia integrata di volta in volta da un medico specialista nella patologia da cui è affetta la persona che richiede l'accesso al suicidio medicalmente assistito (art. 3, co. 3).

Il progetto di legge «Liberi subito» prevede poi che, in «caso di rifiuto di cure con sedazione profonda continua e di ogni altra soluzione praticabile ai sensi della legge 22 dicembre 2017, n. 219» e previo parere del Comitato etico territoriale, la Commissione stabilisca anche le modalità per assicurare al richiedente la «morte più rapida, indolore e dignitosa possibile» (co. 4).

Più minuziosa la disciplina prevista dalla legge toscana, che scandisce l'attività della Commissione in due ulteriori sottofasi, rispettivamente dedicate ai momenti della verifica dei requisiti (art. 5) e dell'approvazione o definizione delle modalità di attuazione (art. 6) del suicidio assistito⁵⁵, duplicando altresì il coinvolgimento del Comitato etico, cui viene richiesto un parere rispetto a entrambi gli accertamenti.

Laddove la prima fase abbia esito positivo, l'azienda sanitaria assicura «il supporto tecnico e farmacologico nonché l'assistenza sanitaria per la preparazione all'autosomministrazione del farmaco autorizzato» (art. 7 l. toscana; in termini simili,

⁵⁵ Quanto alla fase di verifica, la legge toscana ne dettaglia lo svolgimento preoccupandosi di assicurare l'instaurazione della relazione terapeutica con il paziente e il rispetto delle disposizioni della l. 219/2017 sul consenso informato: l'art. 5, co. 2, infatti, prevede che la Commissione accerti preliminarmente che il richiedente abbia ricevuto una informazione chiara e adeguata sulla possibilità di accedere ad un percorso di cure palliative, e lo informi del suo diritto di rifiutare o revocare il consenso a qualsiasi trattamento sanitario, anche di sostegno vitale, e della possibilità di ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua ai sensi della l. 219/2017. Solo dopo espressa conferma da parte del richiedente della volontà di accedere al suicidio medicalmente assistito (co. 3), si apre la fase della verifica dei requisiti. A tal fine, la Commissione deve «esamina[re] la documentazione prodotta ed effettua[re] gli accertamenti che si rendano necessari, anche col supporto delle strutture del servizio sanitario regionale, assicurando l'interlocuzione personale e

diretta con la persona interessata, sentito il medico di fiducia eventualmente indicato dalla persona stessa».

In caso di esito positivo dell'accertamento dei requisiti, su richiesta della persona interessata, la Commissione procede a definire le modalità di attuazione del suicidio medicalmente assistito, in accordo con la persona stessa, redigendo un apposito protocollo, oppure, sempre su richiesta dell'interessato, può approvare il protocollo redatto dal medico di fiducia (art. 6, co. 2 e 3). In ogni caso, «le modalità di attuazione devono prevedere l'assistenza del medico e devono essere tali da evitare abusi in danno delle persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze» (co. 4).

art. 3, co. 4, proposta⁵⁶). Le prestazioni e trattamenti sono configurati come gratuiti (art. 8 l. toscana; art. 5 proposta).

La procedura bifasica deve seguire precise scansioni temporali (art. 4 proposta; art. 5 l. toscana). Quanto all'attività di controllo circa il possesso dei requisiti, la proposta «Liberi subito» prevede la conclusione entro *venti giorni* dalla presentazione dell'istanza da parte della persona interessata (co. 1). Si tratta di un termine complessivo che viene, poi, ulteriormente modulato in una serie di passaggi: (i) l'azienda sanitaria locale competente per territorio ha quattro giorni di tempo per avviare il procedimento di verifica convocando la Commissione medica multidisciplinare; (ii) la Commissione, a sua volta, entro i successivi otto giorni deve inviare la relazione sull'esito dell'accertamento al Comitato etico; (iii) quest'ultimo ha cinque giorni per comunicare il proprio parere all'Azienda sanitaria che, (iv) entro i successivi tre giorni, deve comunicare alla persona malata le risultanze del procedimento di verifica compiuto (co. 2). Leggermente differente – appena più lasca nei tempi, più articolata, attenta e cauta nei suoi passaggi – è la procedura disegnata dalla legge toscana (artt. 5 e 6): al termine complessivo di *venti giorni* per la verifica dei requisiti⁵⁷ – e di cui si prevede la possibilità di sospensione, per una sola volta e per un periodo non superiore a *cinque giorni* ove sia necessario per compiere accertamenti medico-diagnostici, si aggiunge infatti un'ulteriore termine di *dieci giorni* per la definizione delle modalità attuative⁵⁸.

Per quanto attiene alla seconda fase, relativa all'erogazione dei trattamenti terapeutici e assistenziali richiesti, si prevede che l'accesso al percorso finalizzato all'autosomministrazione del farmaco letale avvenga entro sette giorni dalla richiesta (comma 3 della proposta) ovvero dalla comunicazione della relazione infine redatta dalla Commissione multidisciplinare (art. 7, co. 1, legge toscana). Resta fermo che la persona ha in ogni momento il diritto di «sospendere, posticipare o annullare

⁵⁶ Ove più precisamente si prevede che le aziende sanitarie, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della l. n. 219/2017, «forniscono il supporto tecnico e farmacologico nonché l'assistenza medica per la preparazione all'autosomministrazione del farmaco autorizzato presso una struttura ospedaliera, l'hospice o, se richiesto, il proprio domicilio».

⁵⁷ Entro tale lasso temporale si iscrive anche la fase di consultazione del Comitato etico, che esprime il suo parere entro sette giorni dal momento in cui riceve la documentazione trasmessa dalla Commissione (art. 5, co. 4); quest'ultima è tenuta ad attivarsi in tempo utile affinché il rispetto di tale termine sia compatibile con l'osservanza del termine complessivo di venti giorni per la conclusione della procedura di accertamento (co. 5).

⁵⁸ Anche in questo *iter* il periodo indicato comprende quello assegnato al Comitato etico per la redazione del parere, in tal caso di cinque giorni (art. 6, co. 5), il che impone alla Commissione di presentare la richiesta in tempo utile per il rispetto del termine complessivo di dieci giorni.

l'erogazione del trattamento» (comma 4 della proposta «Liberi subito»; art. 7, co. 3, della legge toscana, ove in verità non si considera l'ipotesi della "posticipazione").

Tutte le disposizioni introdotte, in ogni caso, vengono sottoposte a una sorta di "condizione risolutiva espressa" tramite l'introduzione di clausole di "cedevolezza invertita"⁵⁹, dirette a evitare *pro futuro* il possibile crearsi di conflitti antinomici con una eventuale normativa statale sopravvenuta, rispetto a cui la disciplina regionale viene resa *ex ante* automaticamente recessiva: si prevede, da un lato, che l'accesso alle procedure delineate dalla legge risulti possibile «fino all'entrata in vigore della disciplina statale» (art. 2, co. 1 della proposta «Liberi subito»; punto 4 del Preambolo della legge toscana); dall'altro, che «le strutture sanitarie pubbliche della Regione conformano i procedimenti disciplinati dalla presente legge alla disciplina statale» (art. 4, co. 5, della proposta «Liberi subito»; v. altresì l'art. 7, co. 4, della legge toscana).

Orbene: proprio tali regole, nel momento in cui "giocano d'anticipo" nel cercare soluzioni al possibile crearsi di contrasti legislativi tra Stato e Regioni, sembrano di nuovo esporre il cuore problematico delle proposte di legge in esame, ossia la loro controversa collocazione entro il quadro di competenze di cui all'art. 117 Cost., rischiando di smentire il "presupposto di autolegittimazione", incentrato sull'art. 117, co. 3, Cost., di cui si è detto. Come anticipato, infatti, le principali criticità evidenziate dalla dottrina costituzionalistica concernono il possibile sconfinamento di tali iniziative dai campi di materia di spettanza regionale⁶⁰.

Senza poter in questa sede ripercorrere nel dettaglio i termini della discussione in corso, preme evidenziare i due profili che assumono rilevanza nell'ottica penalistica.

Per un verso, viene in rilievo l'obiezione critica secondo cui le proposte di legge regionale mirerebbero a introdurre un sinora inesistente "diritto di morire" tramite l'accesso al suicidio medicalmente assistito, giuridicamente azionabile nei confronti delle amministrazioni pubbliche: una simile previsione, si è sostenuto, collocandosi al di fuori del perimetro delle libertà fondamentali tracciato dalla Corte costituzionale, eccederebbe anche la competenza regionale, perché investirebbe materie riservate allo Stato in misura esclusiva (ad es., l'ordinamento civile), ovvero la definizione di principi generali di materie concorrenti (ad es., la tutela della salute).

⁵⁹ P.F. Bresciani, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita*, cit., 6.

⁶⁰ Del resto, la stessa logica della cedevolezza invertita non potrebbe mai giustificare – nemmeno in via transitoria – una violazione del riparto stabilito dalla Carta, essendo ammessa dalla giurisprudenza costituzionale solo in presenza di lacune normative statali in materie concorrenti o residuali, dove la latitudine dell'apporto regionale sia suscettibile di variare in funzione del concreto esercizio del potere legislativo centrale. Cfr. ancora P.F. Bresciani, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita*, cit., 6, e sentenze ivi citate sub nt. 15 e 16.

Per altro verso, a essere contestate sono le previsioni che aspirano a dettagliare le modalità e i tempi dell'accertamento dei requisiti di liceità del suicidio medicalmente assistito da parte delle strutture sanitarie: il tema specificamente penalistico – e dunque qui di maggiore interesse – è se tali regole, intervenendo sul presupposto “procedurale” introdotto dalla Consulta per escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio, siano capaci di espandere o contrarre la “zona di libertà” dal rimprovero penale, eventualità che ne segnerebbe l'appartenenza alla “materia penale”, riservata alla competenza legislativa esclusiva dello Stato.

Rispetto al secondo profilo, va ancora cursoriamente evidenziato come questioni analoghe si ripropongano, in modo anzi ancor più accentuato, rispetto alla regolamentazione amministrativa già introdotta da alcune Regioni. Si pensi al caso, che recentemente ha fatto discutere, dell'emanazione in Emilia-Romagna di una disciplina contenuta in una determinazione del direttore generale dell'assessorato alla cura della persona, salute e *welfare*⁶¹. I contenuti sono per molti versi simili a quelli delle proposte di legge analizzate, concernendo le modalità e i tempi sia della verifica dei requisiti da parte di una commissione medica, sia della successiva prestazione dell'assistenza al suicidio (inclusiva anche della fornitura del farmaco), che deve essere gratuita e deve essere attuata da «personale adeguato, individuato su base volontaria».

In prospettiva penale, la scelta di demandare la disciplina in tema di suicidio assistito a una fonte addirittura sottordinata alla legge regionale può risultare ancor più problematica, perché chiama in causa il nucleo del principio di riserva di legge come vincolo di fonte primaria, ancor prima che come regola di competenza statale⁶². La questione centrale diventerebbe, infatti, quella dei limiti all'integrazione della norma penale da parte di fonti di rango secondario.

5. Il primo nodo da sciogliere riguarda la stessa ammissibilità di interventi normativi di provenienza regionale orientati a garantire il riconoscimento di un *diritto* a ricevere assistenza al suicidio: come si è visto, si tratta di un obiettivo espressamente dichiarato dalle proposte di legge *Liberi Subito*, che qualificano l'erogazione dei trattamenti da esse disciplinati quali oggetto di un diritto «individuale e inviolabile», specificando che

⁶¹ In tema, C. Caruso, *Al servizio dell'unità*, cit.; O. Pini, *Welfare regionale*, cit., 285 ss.

⁶² Parte della dottrina costituzionalistica, peraltro, pur escludendo la legittimità di un intervento legislativo regionale in materia di suicidio assistito, ritiene maggiormente plausibile la regolamentazione tramite delibera, se opportunamente limitata: cfr. ad es. L. Busatta, *Come dare forma alla sostanza?*, cit., 191. Senza pretesa di completezza sul punto, ci sembra peraltro che la questione centrale stia nel definire quali aspetti possano essere regolamentati dalle regioni: se definibili in via amministrativa, infatti, non si comprende perché non possano esserlo con legislazione ordinaria.

quest'ultimo «non può essere limitato, condizionato o assoggettato ad altre forme di controllo al di fuori di quanto ivi previsto» (art. 1, co. 2), nonché, in via speculare, pongono a carico dell'amministrazione sanitaria un dovere di assistenza medica al suicidio, da prestare gratuitamente al paziente che si trovi nelle condizioni prescritte dalla Corte costituzionale. Una tale espressa e perentoria dichiarazione viene accuratamente evitata nella legge toscana, e tuttavia quest'ultima sembra comunque presupporre un "diritto a pretendere" del paziente, nella misura in cui delinea un obbligo di intervento dei servizi sanitari, precisamente scansionato nei suoi passaggi e, almeno pare, non condizionato da attribuzioni di discrezionalità amministrativa (la discrezionalità che si valorizza è, al più, quella tecnico-sanitaria ai fini dell'accertamento dei presupposti e della più attenta esecuzione della procedura).

In relazione a questo profilo, si riscontrano due posizioni alternative: (i) da un lato, si afferma che nelle iniziative in discorso si annida un'autentica opera di creazione *ex novo* di un diritto (regionale) a ricevere assistenza medica al suicidio, e si sostiene che ciò contrasterebbe con il riparto di competenze legislative Stato-Regioni⁶³; (ii) all'opposto, vi è chi assegna all'intervento regionale un significato meramente *attuativo* di posizioni soggettive delineate dalla sent. n. 242/2019 e, quindi, ritenute già operanti nell'ordinamento⁶⁴.

Chi sostiene la prima tesi muove dalla convinzione che la Corte costituzionale si sia limitata a riconoscere, nelle peculiari situazioni dalla stessa circoscritte, una mera *facoltà* di richiedere un aiuto per compiere il suicidio (a tal fine escludendo la punibilità dell'agevolatore), senza fondare alcun *diritto* a pretendere l'assistenza richiesta, né, di riflesso, alcun dovere di prestazione in capo a terzi⁶⁵. Si fa notare, infatti, come la Consulta abbia espressamente escluso l'esistenza di un obbligo di procedere all'aiuto per i singoli medici e non abbia gravato le strutture sanitarie del dovere di predisporre le procedure organizzative necessarie ad assistere chi chieda di interrompere la vita: il che risulta evidentemente incompatibile con il riconoscimento di un diritto al suicidio. Al Servizio Sanitario Nazionale, pertanto, spetterebbero «meri

⁶³ M.G. Nacci, *Note critiche sulle iniziative legislative regionali*, cit.; Con diversa sfumatura, F. G. Pizzetti, *La proposta di legge piemontese*, cit., 15.

⁶⁴ C. Caruso, *Al servizio dell'unità*, cit.; P.F. Bresciani, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita*, cit.

⁶⁵ M.G. Nacci, *Note critiche sulle iniziative legislative regionali*, cit., 6 ss.; in senso contrario alla configurazione di un obbligo di prestazione in capo al Sistema Sanitario Nazionale volto a «organizzare procedure sistematiche finalizzate a procurare la morte con farmaci letali» v. G. Razzano, *La proposta di legge sulle «Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita»: una valutazione nella prospettiva costituzionale anche alla luce della sent. n. 50/2022*, in *www.federalismi.it*, 23.2.2022, 53 ss.; nella dottrina penalistica, esclude l'esistenza di un dovere non solo in capo ai singoli medici, ma anche al servizio sanitario, L. Eusebi, *Il suicidio assistito dopo Corte cost. n. 242/2019. A prima lettura*, in *Corti supr. e salute* 2019, 197.

oneri di verifica delle condizioni del paziente e delle modalità di esecuzione dell'aiuto al suicidio»⁶⁶, in via strumentale all'esclusione della punibilità di chi volontariamente decida di prestare l'ausilio invocato.

Questa posizione, seppur in parte condivisibile, si presta ad alcune critiche. È senz'altro vero che la sentenza n. 242/2019, come ancora ribadito dalla n. 135/2024, non ha riconosciuto un "diritto della persona alla propria morte", implicante la pretesa a ottenere da terzi un aiuto a morire: si precisa all'opposto che l'ausilio del sanitario, pur dovendo ritenersi lecito se prestato alle condizioni previste, non è mai obbligatorio, vale a dire oggetto di un dovere di prestazione, perché resta demandato alla coscienza del singolo lo «scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la scelta del malato».

Posta tale premessa, tuttavia, sembra erroneo trarre da essa la conclusione secondo cui, anche nei casi ora "liceizzati", il suicidio assistito resti una mera *libertà di fatto*, un puro "desiderio" confinato nel mondo del giuridicamente irrilevante. Nella visione che sembra ispirare la Corte costituzionale, la non punibilità parziale dell'aiuto al suicidio non esaurisce i propri effetti sul piano penale, ma trascina con sé un più ampio riconoscimento giuridico della situazione esistenziale di chi viene aiutato a darsi la morte⁶⁷. La dichiarazione di incostituzionalità viene infatti fondata sulla «libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze»: alle condizioni individuate, la decisione del malato relativa alla propria morte costituisce l'esercizio di una vera "libertà costituzionale", radicata sugli artt. 2, 13 e 32 Cost., in cui sembra implicito – se non lo si vuole chiamare un diritto di morire – un diritto di scegliere di non soffrire di fronte alla morte⁶⁸. Il riconoscimento di tale situazione soggettiva, come già rilevato (*supra*, § 3), si fonda sulla simmetria tracciata – secondo la logica del principio di uguaglianza/divieto di discriminazione (seppur non più richiamato espressamente dalla sent. n. 242/2019, a differenza di quanto aveva fatto l'ord. n. 207/2018) – con la condizione di chi abbia diritto di rifiutare i trattamenti sanitari per lasciarsi morire⁶⁹: se la libertà di autodeterminazione impone «di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza tramite l'interruzione dei trattamenti sanitari [...], non vi è ragione»

⁶⁶ M.G. Nacci, *Note critiche sulle iniziative legislative regionali*, cit., 7.

⁶⁷ Lo evidenzia F. Consulich, *La morte medicalmente assistita*, cit., 1077, che evidenzia come l'agevolazione della condotta suicidaria non sia divenuta solo atipica, ma del tutto lecita (una condotta solo atipica potrebbe essere illecita sul piano extrapenale).

⁶⁸ Cfr. altresì A. Vallini, *Morire è non essere visto*, cit., 817, che riconduce la libertà (non il diritto) di darsi la morte entro gli spazi tutelati dagli artt. 2, 3, 13, 32 Cost. e 8, 13, 14 Cedu.

⁶⁹ Si rinvia, per una più ampia e meditata ricostruzione del tema delle posizioni soggettive individuali di fronte alla morte, al contributo di F. Paruzzo, *Diritto e diritti di fronte alla morte*, in *Rivista AIC* 2019, p. 96 ss., e bibliografia *ivi* citata; nella letteratura penalistica, cfr. anche la bibliografia citata *supra*, sub nt. 20.

per escludere da tutela anche la richiesta «di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale»⁷⁰.

Potrebbe ritenersi paradossale che al riconoscimento di un diritto soggettivo non corrisponda la previsione di obblighi positivi di cooperazione in capo a terzi: ma la contraddizione è solo apparente, e può facilmente risolversi ove ci si disancori da una concezione dei diritti fondamentali rigidamente ricalcata su quella dei diritti patrimoniali, ossia sullo schema dei rapporti di debito-credito⁷¹. Un simile paradigma non può funzionare nelle situazioni, come quelle qui considerate, dove nella relazione tra chi intende esercitare la propria libertà e chi sia investito di tale richiesta entrino concezioni esistenziali personalissime e intangibili, non necessariamente condivise.

La "libertà di coscienza" riconosciuta al sanitario⁷² consegue, allora, all'impossibilità di imporre una condotta di attiva collaborazione alla morte altrui. Pertanto, non può essere percorso sino alla fine il parallelismo tra aiuto al suicidio e interruzione delle cure su cui, come si è appena detto, viene edificata la posizione soggettiva del malato. Se la simmetria "funziona" dal versante dei pazienti i quali, di fronte a comuni presupposti fattuali (malattia inguaribile, sofferenze intollerabili e necessità di supporti vitali), devono poter scegliere il modo per loro più dignitoso di affrontare la morte, non lo stesso può valere per i medici: esiste, è vero, una forte omogeneità assiologica tra chi agevoli il morente e chi, in esecuzione di una volontà terapeutica, si astenga o interrompa le terapie salvavita⁷³, ma le due fattispecie possono risultare al contempo molto diverse sul piano della percezione etica individuale, in ragione della differenza naturalistica che intercorre tra una condotta che contribuisce a provocare la morte (accelerandone il decorso eziologico) e quella che si limiti a non impedirla sospendendo le cure. È questo disallineamento a spiegare l'ineliminabile eterogeneità della posizione del medico, in un caso e nell'altro: solo nell'ipotesi del rifiuto di terapie, infatti, gli si può imporre un dovere di corrispondere alla volontà del malato, che si traduca nella necessità di obbedire a un mero divieto di attuare o proseguire i trattamenti respinti; al sanitario non potrebbe, invece, essere prescritto di collaborare

⁷⁰ C. cost., n. 242/2019.

⁷¹ G. Gentile, *Il suicidio medicalmente assistito*, cit., 385.

⁷² Tale per cui non dovrebbe neppure porsi un problema di obiezione di coscienza: G. Gentile, *Il suicidio medicalmente assistito*, cit., p. 385; A. Vallini, *Il tempo giusto del saluto*, cit., 458. V. altresì il Parere nr. 2/2020 del 14 febbraio 2020 della Commissione regionale di bioetica della Toscana, *Liceità condizionata del suicidio medicalmente assistito e sistema sanitario regionale* (riguardo al quale *infra*, nel testo), 10 s., ove, su analoghi presupposti, si definisce quella del medico "clausola di coscienza", e non "obiezione di coscienza"; concetto, quest'ultimo, che presupporrebbe un "obbligo" di principio rispetto al quale obiettare, nel caso di specie insussistente, non potendosi dare un obbligo di collaborare all'esercizio di una altrui libertà su se medesimo.

⁷³ Lo evidenzia F. Consulich, *Stat sua cuique dies*, cit., 104.

in modo fattivo all'esecuzione di scelte autolesive, trattandosi di un contenuto estraneo alla sua posizione di garanzia.

Ciò non toglie, come si diceva, che anche al malato che chiede assistenza al suicidio sia riconosciuta una libertà costituzionalmente tutelata e, come tale, giuridicamente vincolante. Questa implica, anzitutto, il diritto di non essere ostacolato da terzi nell'attuazione di una decisione di procurarsi la morte, una volta che tale scelta sia autonomamente e liberamente formata⁷⁴. La possibilità di accedere al suicidio assistito non potrebbe quindi essere rifiutata per ragioni etiche, o comunque diverse dall'inesistenza dei requisiti sostanziali prescritti dalla Corte. Né l'esecuzione del suicidio, una volta autorizzata dai servizi nazionali, potrebbe essere materialmente ostacolata da terzi (ci si potrebbe interrogare, anzi, sulla possibile rilevanza penale di una condotta impeditiva).

Fin qui, peraltro, si è rimasti ancora nel campo della "libertà da" impedimenti e restrizioni, la cui tutela esige un dovere di astensione a carico dei terzi (un *non facere*)⁷⁵. Più delicato è se alla stessa possa accompagnarsi un diritto di pretendere qualcosa (un *facere*)⁷⁶. Sono diversi i profili da tenere in considerazione.

5.1. Come si è detto, la sent. 242/2019 attribuisce alle strutture sanitarie pubbliche il compito di gestire la procedura di accertamento delle condizioni di liceità dell'aiuto al suicidio (v. *supra*, § 3). Si tratta di una disciplina che la Corte costituzionale immagina come già immediatamente esecutiva: ne è ulteriore conferma, da ultimo, l'invito rivolto dalla sent. 135/2024 (non solo al legislatore ma anche, e autonomamente) al servizio sanitario nazionale di intervenire «prontamente ad assicurare concreta e puntuale attuazione ai principi fissati» dalle precedenti pronunce (§ 10).

Dal carattere *self-executive* della procedura delineata dalla sent. 242/2019 discendono alcune conseguenze sul piano degli obblighi che, già allo stato attuale, devono ritenersi sussistenti in capo sia ai medici del servizio sanitario, sia agli stessi soggetti pubblici.

Il coinvolgimento dei sanitari deriva dalla circostanza che la Corte costituzionale, tramite il richiamo operato agli artt. 1 e 2 l. 219/2017, abbia calato la verifica dei presupposti di legittimità dell'aiuto al suicidio nel quadro della relazione terapeutica medico-paziente. Sul soggetto qualificato – al quale, è vero, non potrà mai essere

⁷⁴ G. Gentile, *Il suicidio medicalmente assistito*, cit., 386.

⁷⁵ F. Paruzzo, *Diritto e diritti di fronte alla decisione di morire*, cit., 135.

⁷⁶ L. Eusebi, *Il suicidio assistito dopo Corte cost. n. 242/2019*, cit., 197.

imposta la realizzazione di condotte di sostegno materiale al suicidio *ex art. 580 Cp* (ad es. la prescrizione o la messa a disposizione del farmaco) – permane invece «– *ex art. 32, comma 1, Cost., ed ex l. 219/2017* – l'ordinario obbligo diagnostico e prognostico a fronte di patologie, e quello di tutelare la salute residua anche di chi intenda suicidarsi»⁷⁷. Ne consegue, in particolare, che il medico è tenuto a fornire al paziente la necessaria assistenza sanitaria, a informarlo delle sue condizioni e a ridurre la sofferenza, sia nella fase in cui la decisione suicidaria viene maturata (quando dovrà, inoltre, essere prospettata la possibilità di accesso al percorso palliativo), sia successivamente, durante l'esecuzione del suicidio: anche in quest'ultimo momento, infatti, non viene meno il compito del sanitario di assistere il paziente e di alleviarne il dolore a fronte di eventuali complicanze⁷⁸.

Altro piano del discorso è quello dei doveri delle strutture sanitarie. Il ruolo dei servizi è essenziale nell'economia del ragionamento della Corte costituzionale: la liceizzazione dell'aiuto al suicidio non equivale a una sua *liberalizzazione*, ma comporta la definizione di un'area di controllo assegnata in via esclusiva all'amministrazione pubblica; si vuole infatti evitare che «qualsiasi soggetto – anche non esercente una professione sanitaria – [possa] lecitamente offrire, a casa propria o a domicilio, per spirito filantropico o a pagamento», il supporto a morire⁷⁹. L'espletamento dell'attività di verifica demandata all'ente pubblico, pertanto, costituisce la stessa condizione per la non punibilità della condotta di agevolazione *ex art. 580 Cp*. Tale compito non può non ritenersi doveroso: diversamente il cittadino, il quale intenda rispondere a una legittima richiesta di aiuto a morire, verrebbe a trovarsi nella paradossale impossibilità di rispettare il precetto penale. In altri termini, all'*onere* di ottenere l'accertamento dei requisiti da parte dell'aspirante agevolatore corrisponde un vero e proprio *obbligo* di procedere in tal senso da parte dei servizi sanitari.

Non solo: il ruolo di controllo pubblicistico si proietta oltre l'accertamento della sussistenza dei requisiti di non punibilità del suicidio assistito, dovendo investire anche le concrete modalità prescelte per l'esecuzione del suicidio, al fine di evitare abusi, tutelare la dignità del paziente e garantire la minima sofferenza possibile nel momento della morte.

Si stanno orientando in questa duplice direzione i giudici di merito, che già in alcune occasioni hanno censurato l'inerzia delle amministrazioni sanitarie, condannandole ad

⁷⁷ A. Vallini, *Il tempo giusto del saluto*, cit., 459.

⁷⁸ A. Vallini, *Il tempo giusto del saluto*, cit., 458-459.

⁷⁹ C. cost., ord. 207/2018.

avviare la procedura descritta dalla Corte costituzionale. Si è affermato, più precisamente, che in capo ai servizi sanitari incombono due obblighi (cui corrispondono altrettante pretese individuali): (i) quello di accertare la sussistenza dei presupposti indicati nella sent. 242/2019 ai fini della non punibilità della condotta di agevolazione suicidaria realizzata dal terzo; (ii) quello di verificare sul piano tecnico-scientifico, anche tramite il parere del Comitato etico competente, l'effettiva idoneità ed efficacia delle modalità esecutive e del farmaco prescelti ad assicurare la morte più rapida, indolore e dignitosa possibile⁸⁰.

Rispetto alle situazioni di diritto/dovere descritte, dunque, non ha neppure senso discutere dell'esistenza di una competenza legislativa regionale: non si tratterebbe, infatti, di introdurre nuovi diritti, ma di ribadire posizioni soggettive che già esistono e che già impongono ai servizi sanitari, prima e a prescindere dall'approvazione di una legge, di predisporre sul piano organizzativo in modo da consentire l'avvio e l'espletamento della procedura necessaria.

Più controverso, invece, è se le Regioni possano prevedere un vero e proprio diritto del paziente, che versi nelle note quattro condizioni, di accedere al suicidio medicalizzato, tramite l'assunzione del farmaco letale. Una pretesa di questo tipo, come si è detto, non è stata espressamente riconosciuta dalla Corte costituzionale: né può, quindi, ritenersi ad oggi sussistente un corrispondente dovere di prestazione in capo ai soggetti pubblici⁸¹. Nondimeno, la previsione legislativa di una situazione soggettiva formulata in questi termini – purché rispetti la libertà di coscienza dei singoli operatori sanitari – non contrasterebbe con la prospettiva della Corte costituzionale, ma, al contrario, concorrerebbe a realizzare la libertà del paziente posta a fondamento della decisione sull'art. 580 Cp, evitando irragionevoli discriminazioni nel suo esercizio: quella di autodeterminarsi al suicidio, infatti, è una scelta che, nelle situazioni tipiche considerate dalla Corte costituzionale, per lo più non può essere realizzata in modo autonomo, ma risulta in concreto subordinata alla possibilità di

⁸⁰ In particolare, v. Trib. Ancona, ord. 9 giugno 2021.

⁸¹ Nella giurisprudenza di merito si rinvengono sul punto risposte diverse. Una recente decisione del Tribunale di Trieste (v. Trib. Trieste, ord. 16 luglio 2024) ha prospettato la soluzione positiva, affermando che: «nell'ambito del rapporto giuridico di ospitalità tra l'Azienda sanitaria del S.S.N. e il paziente, [nel caso in cui sussistano i requisiti richiesti dalla sent. 242/2019, nda], l'Azienda *deve offrire* al medesimo paziente, in alternativa al trattamento sanitario della sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore [...], *la possibilità di porre fine alla propria esistenza* con l'assunzione libera e consapevole di uno o più farmaci che lo conducano a morte certa, rapida, indolore e, per la sua soggettiva concezione, dignitosa». In altri casi si è osservato, in senso contrario, come un simile obbligo contrasterebbe con l'incoercibilità della cooperazione del medico, se si considera che la condotta di aiuto, per essere ritenuta non punibile, deve inserirsi all'interno della relazione terapeutica e, dunque, l'esecuzione materiale della richiesta (ad es. tramite la prescrizione o l'acquisto del medicinale) comunque richiede la collaborazione del singolo sanitario (così Trib. Ancona, cit.).

entrare in contatto con medici disposti a prestare l'aiuto, oltre che di sostenere sul piano economico l'acquisto del farmaco.

Il legislatore ben potrebbe, in definitiva, riconoscere ai soggetti individuati dalla Corte la possibilità di pretendere dall'ente sanitario l'ausilio necessario ad auto-procurarsi la morte, in particolare la fornitura del farmaco (nonché la sua gratuità). Altra questione è se a farlo possa essere una legge regionale, considerato che la stessa, sotto questo profilo, non si porrebbe in rapporto strettamente attuativo rispetto a prescrizioni già poste dai giudici costituzionali: a prescindere dalla possibilità per le regioni di fissare livelli essenziali di assistenza superiori rispetto a quelli garantiti a livello nazionale, fondare un "diritto" a ricevere l'erogazione di un trattamento sanitario sembra, invero, coinvolgere principi fondamentali in materia di salute, attraendone la competenza a livello statale.

Sotto questo punto di vista, d'altra parte, l'aspetto realmente critico della proposta di legge pare essere esclusivamente la configurazione in termini di "diritto" della pretesa di ricevere la somministrazione del farmaco. Non sembrano invece contrastare con le competenze regionali, per le ragioni esposte, sia la previsione di una pretesa all'attivazione della procedura di accertamento dei requisiti e di controllo dell'adeguatezza delle modalità esecutive del suicidio, sia la predisposizione di norme organizzative dei servizi sanitari che si traducano in protocolli uniformi per la gestione delle richieste di assistenza medica al suicidio, anche nella fase di somministrazione del farmaco.

6. Una seconda questione che, come anticipato, interseca l'ottica penalistica, congiuntamente a quella di diritto costituzionale, riguarda la compatibilità degli articolati normativi in discussione con il principio della riserva di legge statale in materia penale. Tra gli argomenti contrari all'approvazione delle proposte di legge, infatti, vi è quello secondo cui le previsioni regionali in esame sarebbero suscettibili di ingerire illecitamente nel settore dell'ordinamento penale, quale (ulteriore) materia che la Costituzione colloca tra le competenze esclusive dello Stato (art. 117, lett. l, Cost.)⁸².

La critica muove da una preoccupazione condivisibile: se alle Regioni si consentisse, sia pur indirettamente, di incidere sull'art. 580 Cp, ne deriverebbe il rischio di una punibilità "frammentata", territorialmente disomogenea, per tale reato, nel senso che la responsabilità penale per un identico fatto di agevolazione suicidaria potrebbe

⁸² Prospetta dubbi di legittimità in tal senso F.G. Pizzetti, *La proposta di legge piemontese*, cit., 16.

risultare esclusa o affermata in ragione del luogo in cui l'evento si realizza. A soffrire sarebbe, in definitiva, la stessa *ratio essendi* del vincolo di competenza statale in materia penale impresso dall'art. 117 Cost., che, come appena detto, sottrae in radice il territorio dello *ius criminalis* alla potestà legislativa delle Regioni: sebbene la fonte regionale non abbia minore dignità rappresentativa di quella statale, essendo a questa "comprimaria", sarebbe infatti il principio di uguaglianza a precluderne l'espansione in una materia, come è tipicamente quella penale, che coinvolge scelte essenziali sui diritti e le libertà della persona, rispetto alle quali, quindi, occorre garantire uniformità a livello nazionale, incompatibile con la presenza di regimi territoriali differenziati⁸³.

Inoltre, il limite all'ingresso della legge regionale nell'ordinamento penale assume carattere generale, ossia vale sia per l'attività legislativa con effetto espansivo, sia per quella a effetto riduttivo dell'area penalmente rilevante⁸⁴. Considerata, poi, la naturale "trasversalità" del diritto penale ai settori di disciplina più diversi, il vincolo statale non viene meno neppure quando, come potrebbe accadere nel caso qui in esame, ci si muova in campi di materia che rientrano nella competenza regionale concorrente⁸⁵.

D'altra parte, proprio nelle ipotesi da ultimo indicate, la coesistenza di prerogative centrali e periferiche crea inevitabili spazi di sovrapposizione⁸⁶. Sebbene resti sempre fermo il divieto "forte" per la legge regionale di introdurre così come di abolire ipotesi criminose, ovvero di prevedere cause di non punibilità, vi sono alcuni ambiti in cui sembrerebbero aprirsi varchi per possibili interazioni, giungendo in alcuni casi ad ammettere un parziale allentamento del carattere assoluto della riserva di legge: il tema è discusso, come si dirà a breve, sia sul fronte dell'integrazione degli elementi normativi, sia sul peculiare versante delle cause di giustificazione.

Ebbene, le previsioni regionali qui discusse sembrano collocarsi in questi territori "intermedi": pur senza impattare in modo diretto ed esplicito sulla sotto-fattispecie di non punibilità introdotta dalla Corte costituzionale per l'aiuto al suicidio, le stesse potrebbero incidere in modo collaterale su alcuni elementi richiamati dalla disposizione penale.

⁸³ Sul principio della riserva di legge rispetto alle fonti regionali, e sul suo fondamento costituzionale prima della riforma dell'art. 117 Cost., cfr. S. Vinciguerra, *Le leggi penali regionali. Ricerca sulla controversa questione*, Milano 1974; C. Piergallini, *Norma penale e legge regionale: la costruzione del "tipo"*, in *Sulla potestà punitiva dello Stato e delle Regioni*, a cura di E. Dolcini, T. Padovani, F. Palazzo, Milano 1994, 103 ss.; P. Bonetti, *La potestà legislativa in materia penale tra Stato e Regioni*, in *Ordinamento penale e fonti non statali*, a cura di C. Ruga Riva, Milano 2007, 265 ss.; C. Ruga Riva, *Diritto penale, regioni e territorio*, Milano 2012.

⁸⁴ C. Sotis, *Il principio di legalità*, in *Il sistema penale*, a cura di C. E. Paliero, Torino 2024, 98.

⁸⁵ C. Cost. n. 185/2004.

⁸⁶ C. Piergallini, *Norma penale e legge regionale*, cit., 103 ss.

Due sono, allora, gli aspetti che occorre chiarire per verificare la conformità degli interventi normativi in esame con il vincolo costituzionale di competenza statale: da un lato, se le disposizioni richiamate effettivamente (e in che misura) interagiscano con l'area di punibilità del delitto di aiuto al suicidio; dall'altro, se quell'eventuale punto di contatto sia, o meno, compreso entro i limiti entro cui è considerata ammissibile l'integrazione regionale in materia penale.

6.1. In primo luogo, dunque, occorre individuare la tipologia di interferenza tra diritto regionale e diritto penale di cui deve discutersi. Come anticipato, i disegni legislativi in esame, e adesso la legge toscana, dichiarano esplicitamente di voler assicurare il rispetto dei principi stabiliti dalla sentenza n. 242/2019 (art. 1); pertanto, essi riproducono letteralmente o per rinvio (art. 2) i requisiti per l'accesso al suicidio assistito contenuti nel dispositivo della declaratoria di incostituzionalità. Non si evidenzia, sotto questo aspetto, un effetto modificativo della fattispecie introdotta dalla Corte costituzionale.

A venire in riferimento, piuttosto, sono le norme già brevemente esaminate che disciplinano la procedura di *verifica* delle condizioni sostanziali di liceità del suicidio, precisando i soggetti coinvolti, nonché modi e tempi del suo svolgimento (v. *supra*, § 4). Queste disposizioni, dunque, dettagliano i passaggi formali che la Corte costituzionale impone di compiere quale ulteriore presupposto per la non punibilità delle condotte di aiuto, a tutela, come si è detto, delle situazioni di maggiore vulnerabilità di fronte alla morte: in altre parole, il necessario accertamento da parte delle strutture del servizio sanitario nazionale delle situazioni liceizzanti il suicidio assistito, nonché delle modalità esecutive di quest'ultimo, previo parere del comitato etico territorialmente competente (v. *supra*, § 3).

È, allora, necessario individuare il ruolo che tale presupposto procedimentale, su cui gli atti normativi regionali vorrebbero incidere, ricopre all'interno della fattispecie incriminatrice di cui all'art. 580 Cp.

La risposta parrebbe anzitutto condizionata dalla natura giuridica della causa di non punibilità introdotta dalla Corte costituzionale, in cui la stessa procedura si innesta: il discorso si complica subito, atteso il carattere controverso di tale inquadramento dogmatico, non chiarito dalla sent. 242/2019 e ricostruito diversamente dagli interpreti sui piani dell'antigiuridicità, della tipicità del fatto o della colpevolezza.

Parte della dottrina, più precisamente, individua nell'*iter* di accertamento pubblico l'elemento qualificante di una c.d. scriminante procedurale⁸⁷: l'idea di fondo, che spiega il ricorso a tale categoria, è che il fatto dell'agevolazione al suicidio, pur rimanendo "tipico" in quanto lesivo del bene vita protetto dal reato, possa essere giustificato – e, quindi, trasportato in un'area di neutralità da giudizi normativi – in presenza di condizioni che eccezionalmente consentono di far prevalere un interesse opposto a quello oggetto di tutela penale (*id est*, il diritto di autodeterminarsi scegliendo di morire), ma solo se prima sia superato il filtro di un controllo pubblicistico sulla genuinità e sui presupposti per l'esercizio della libertà individuale⁸⁸. La liceità "condizionata" dell'aiuto al suicidio si fonderebbe, dunque, sulla logica tipicamente esimente del bilanciamento tra valori in conflitto, ma con la precisazione che questo non potrebbe essere svolto una volta per tutte dal potere pubblico, giacché esso investe scelte etiche non condivise a livello sociale⁸⁹: lo Stato si limiterebbe a svolgere un ruolo formale, di vigilanza *ab externo*, a garanzia di possibili abusi e interferenze rispetto a una scelta che, nel merito, viene consegnata allo stesso individuo titolare dei beni in gioco, il solo a poter giudicare la prevalenza tra la propria vita o una morte per lui dignitosa.

Secondo una diversa ricostruzione, invece, non sarebbe necessario ricorrere alla categoria delle scriminanti per spiegare la non punibilità dell'aiuto al suicidio: le condotte rispondenti ai noti quattro requisiti, infatti, semplicemente cadrebbero al di

⁸⁷ L'elaborazione di tale categoria si deve a W. Hassemer, *Prozedurale Rechtfertigungen*, in *Gegenrede. Aufklärung-Kritik-Öffentlichkeit. Festschrift für Gottfried Mahrenholz*, a cura di H. Däubler-Gmelin, K. Kinkel, H. Meyer, H. Simon, Baden Baden 1994; in tema si veda il lavoro monografico di A. Sessa, *Le giustificazioni procedurali nella teoria del reato. Profili dommatici e di politica criminale*, Napoli 2018. Sul tema delle scriminanti procedurali si vedano anche: M. Donini, *Il volto attuale dell'illecito penale. La democrazia penale tra differenziazione e sussidiarietà*, Milano 2004, 27 ss.; Id., *Antigiuridicità e giustificazione oggi. Una "nuova" dogmatica, o solo una critica, per il diritto penale moderno?*, in RIDPP 2009, 1646 ss.; M. Romano, *Cause di giustificazione procedurali? Interruzione della gravidanza e norme penali, tra esclusioni del tipo e cause di giustificazione*, in RIDPP 2007, 1269 ss.; F. Consulich, *Lo statuto penale delle scriminanti. Principio di legalità e cause di giustificazione: necessità e limiti*, Torino 2018, 38 ss.

⁸⁸ Per questa ricostruzione, ancor prima della sentenza della Corte costituzionale, M. B. Magro, *Eutanasia e diritto penale*, cit., p. 253 ss. Attualmente la tesi è prevalente in dottrina: v. *ex multis*, C. Cupelli, *Il caso Cappato, l'incostituzionalità differita e la dignità nell'autodeterminazione alla morte*, in www.penalecontemporaneo.it, 3.12.2018, 89; M. Donini, *Libera nos a malo*, cit., 221 ss.; L. Risicato, *La Consulta e il suicidio assistito*, cit., 5; G. De Francesco, *Il suicidio assistito*, cit., 6; A. Sessa, *Fondamento e limiti del divieto di aiuto al suicidio: un nuovo statuto penale delle scriminanti nell'ordinanza della consulta n. 207/2018*, in www.penalecontemporaneo.it, 6.5.2019; R. Bartoli, *L'ordinanza della Consulta sull'aiuto al suicidio: quali scenari futuri?*, *ivi*, 8.4.2019; S. B. Taverriti, *Norme esimenti e aiuto al suicidio*, cit., 21. Si tratta invece di scriminante costituzionale, e non procedurale, secondo F. Consulich, *La morte medicalmente assistita*, cit., 1090 ss., in quanto la procedura non avrebbe alcun valore autonomo, ma sarebbe prevista in funzione strettamente servente rispetto ai requisiti sostanziali della causa di giustificazione. Cfr. già (prima di C. Cost. 242/2019) Id., *Stat sua cuique dies*, cit., 116 ss., ove si osserva come tale scriminante non discenderebbe dal diritto alla salute ex art. 32 Cost., ma potrebbe applicarsi solo nei casi in cui quest'ultimo non sia più esercitabile, alla luce dei diversi principi della dignità e personalità dell'individuo fondati sull'art. 2 Cost.

⁸⁹ Evidenzia questo aspetto F. Consulich, *Lo statuto penale delle scriminanti*, cit., p. 38 ss.

fuori del “tipo criminoso” dell’art. 580 Cp, perché estranee alla *ratio* di tutela di quest’ultimo⁹⁰. Assunto di tale tesi è che, per effetto della rilettura data dalla sentenza n. 242/2019, l’incriminazione dell’agevolazione al suicidio possa trovare un senso costituzionale solo ove si svincoli da un’idea di protezione in sé della vita, come valore assoluto, intangibile e sacro, e invece si colleghi a una più laica tutela della fragilità psicologica di chi progetta di uccidersi a causa di difficoltà transitorie o di pressioni ambientali, culturali o economiche esterne. A tali situazioni non sarebbero sovrapponibili i casi di suicidio assistito eutanasico, del tutto diversi “per connotazioni esistenziali, dinamiche psicologiche, implicazioni di valore, statuto fenomenologico”⁹¹: rispetto a decisioni di morire lucidamente maturate in condizioni di malattia e dolore insostenibile, l’impiego del divieto penale perderebbe semplicemente qualunque ragion d’essere, al di fuori di insostenibili concezioni eticizzanti dirette a imporre un “dovere di vivere”. La necessità di tutela penale tornerebbe ad affacciarsi in un’ottica differente, ossia nell’esigenza di garantire, tramite un controllo anticipato affidato a soggetti qualificati, l’autenticità della scelta suicidaria e la dignità delle modalità esecutive del suicidio: anche l’elemento procedurale, in tal modo, andrebbe collocato sul piano della tipicità del fatto, nel senso che il mancato rispetto del prescritto *iter* di accertamento ricondurrebbe la fattispecie concreta entro i confini dell’aiuto punibile, inibendo il perfezionarsi della causa di esclusione del tipo delineata dalla Corte. Questa seconda opzione pare personalmente preferibile: se non altro perché individuare ancora nella vita, in sé considerata, il bene tutelato dall’art. 580, significherebbe concepire la stessa in termini di sacralità e indisponibilità, fino ad ammettere l’esistenza di un oggettivo “dovere di vivere” con cui la libertà di morire del malato dovrebbe essere bilanciata⁹²; una concezione, questa, sostenibile nell’originaria impostazione codicistica, ma non all’interno di un ordinamento penale autenticamente laico⁹³.

⁹⁰ Tra gli altri, A. Nappi, *Suicidio medicalmente assistito e omicidio del consenziente pietatis causa*, cit.; S. Seminara, *Morte assistita, suicidio ed eutanasia (tra Corte costituzionale, quesito referendario e Parlamento)*, in *DPP* 2022, 942; M. Romano, *Fine vita e suicidio assistito*, cit., 961; A. Massaro, *La natura “costituzionalmente necessaria” dell’art. 579 Cp: la Consulta dichiara inammissibile il referendum in materia di “eutanasia legale”*, in *CP* 2022, 2182. Prima della sentenza della Corte costituzionale, parlava di una evidente «sovraestensione del tipo legale» V. Manes, *Aiuto a morire, dignità del malato*, cit., 49. Evidenza come nelle condotte considerate dalla Corte costituzionale abbia senso «parlare di non offensività dell’aiuto al suicidio», perché l’incriminazione penale non assolverebbe ad alcuna effettiva funzione di tutela, D. Pulitanò, *Il diritto penale di fronte al suicidio*, cit., 71.

⁹¹ A. Vallini, *Morire è non essere visto*, cit., 818.

⁹² S. Seminara, *Morte assistita*, cit., 943, che evidenzia anche come, nel caso del suicidio assistito, possa al più parlarsi di un conflitto interiore tra scelte coscienziali, ma non di un bilanciamento esterno, perché manca un interesse esterno contrapposto a quello del malato.

⁹³ Sembra che il significato offensivo dell’art. 580 Cp, in una prospettiva laica, sia illuminato dall’esistenza di un dovere

Un terzo orientamento, infine, dai requisiti di non punibilità dell'aiuto al suicidio trae l'esistenza di una causa scusante, sull'idea dell'impossibilità di esigere soggettivamente un comportamento diverso da parte del medico che, per ragioni di umanità, corrisponda a una richiesta di assistenza nel morire⁹⁴: residuerebbe, dunque, sia la tipicità, sia l'antigiuridicità del fatto, pur considerato non rimproverabile al suo autore. Non sembra, tuttavia, che tale tesi corrisponda alla prospettiva valoriale condivisa dalla Corte costituzionale, che al contrario sembra muovere dall'idea che, alle condizioni individuate, l'aiuto al suicidio non possa dirsi un fatto illecito. Inoltre, occorre evidenziare come il richiamo al piano soggettivo della responsabilità penale collida proprio con la previsione dell'articolata procedura demandata alle strutture sanitarie, che si fonda sull'accertamento *oggettivo* delle condizioni che consentono di escludere la punibilità dell'agevolazione suicidaria. Come è stato perspicuamente osservato, «una volta richiesto che il fatto si svolga all'interno di una struttura sanitaria e sia preceduto da adeguati accertamenti sulle condizioni della malattia e sulla volontà dell'interessato, perde ogni rilievo il movente altruistico della condotta, che viceversa appartiene a una scusante integralmente incentrata sul rapporto tra autore e vittima»⁹⁵.

In ogni caso, a prescindere dalla condivisibilità dell'uno o dell'altro orientamento, quel che interessa domandarsi in tal sede è se dalla collocazione dogmatica della sotto-fattispecie di aiuto al suicidio possano derivare conseguenze diverse ai fini dell'individuazione di eventuali spazi di integrazione della fonte regionale, che su quella stessa fattispecie vada a incidere. Si prenderà, a tal fine, in considerazione la sola alternativa qualificatoria tra causa di esclusione del tipo e scriminante, sul presupposto, come si è evidenziato, che la condizione procedurale investita dal diritto regionale sia incompatibile con una ricostruzione in termini di colpevolezza.

di solidarietà "rafforzato" che l'ordinamento impone ai consociati al cospetto di situazioni di vulnerabilità suicidaria: di fronte alle (implicite) richieste di "aiuto" che sono talora sottese alle scelte di "levar la mano su di sé", l'ordinamento non si limita a imporre un dovere generico di soccorso attivo (art. 593 Cp), ma sanziona più gravemente colui che, non solo non si attivi ma, addirittura, dia un contributo fattivo alla realizzazione dell'atto autolesivo. Insomma, da un punto di vista sistematico, l'art. 580 Cp pare esprimere una sorta di un approfondimento dell'offesa rispetto all'art. 593 Cp (anziché porsi *tout court* a protezione dell'offesa alla vita altrui, secondo il modello di tutela dell'art. 575 Cp): ma si tratta di una suggestione qui solo abbozzata e che ci proponiamo di sviluppare meglio in altra sede.

⁹⁴ Si tratta della tesi autorevolmente sostenuta da M. Romano, *Aiuto al suicidio, rifiuto o rinuncia a trattamenti sanitari, eutanasia (sulle recenti pronunce della Corte costituzionale)*, in www.sistemapenale.it, 8.1.2020, 9. Successivamente, tuttavia, l'Autore ha rimeditato la propria posizione alla luce dell'attuale disciplina legislativa, aderendo alla tesi dell'esclusione della tipicità (v. *supra*, sub nt. 90).

⁹⁵ S. Seminara, *Morte assistita*, cit., 945; sull'impossibilità di configurare scusanti procedurali v. anche M. Donini, *Il senso "ammissibile" del quesito referendario sull'aiuto a morire*, in www.sistemapenale.it, 30.11.2021, 4.

6.2. Rientra in campo il tema, cui si è prima accennato, dei limiti entro cui può essere ammessa l'interferenza legislativa delle Regioni nelle zone "grigie" o di confine, come quella qui esaminata: nei casi, cioè, in cui non ci si misuri tanto con rivendicazioni *frontali* di potestà incriminatrice da parte della fonte periferica – pacificamente ricadenti sotto il divieto costituzionale –, bensì con più evanescenti influenze *mediate* (se non, in taluni casi, meramente *apparenti*). Questo problema, in effetti, è stato tradizionalmente declinato in termini diversi sul fronte della tipicità e su quello della giustificazione.

Sul primo versante, esclusa ogni possibilità di fonti diverse dalla legge di ampliare o ridurre i confini del fatto tipico, si tende però ad ammettere un contributo delle Regioni alla definizione del precetto tramite la tecnica dei c.d. elementi normativi⁹⁶: ciò può verificarsi quando la qualificazione di norme o di concetti definitivi "incorporati" nella struttura del tipo criminoso sia suscettibile di intersecare, in tutto o in parte, materie di competenza regionale. In tali situazioni, può sicuramente riconoscersi alla fonte regionale un ruolo integrativo della fattispecie criminosa secondo il modello della c.d. specificazione tecnica, ossia nei medesimi limiti entro cui già si ammette l'intervento di fonti sublegislative: il principio di riserva di legge, infatti, non risulta compromesso, poiché l'apporto normativo (secondario o periferico che sia) esaurisce i propri effetti all'*esterno* della portata del precetto. Alla legge regionale, peraltro, si suole attribuire una capacità di incidenza sulla fattispecie penale più ampia di quella propria dell'integrazione di fonti subordinate, secondo uno schema di tipo "collaborativo-funzionale": si tratta delle ipotesi in cui il contributo legislativo territoriale non si limiti a precisare il precetto, ma concorra a realizzare le scelte di politica criminale espresse dal Parlamento tramite un vero e proprio «giudizio di "adattamento" al caso concreto, connaturato alle specificità delle esigenze locali»⁹⁷. Anche in queste situazioni, infatti, l'intervento regionale non si pone in rapporto *oppositivo* alla norma penale statale, ma esprime una funzione *attuativa* di opzioni di tutela già interamente compiute a livello nazionale⁹⁸.

Il discorso si fa più complesso quando ci si sposta a considerare il tema delle possibili interferenze di norme regionali sul versante delle cause di giustificazione: a essere evocata, infatti, è qui una tensione oppositiva, conflittuale, tra l'assetto di tutela penale

⁹⁶ F. Palazzo, *Costituzione e scriminanti*, in *RIDPP* 2009, 1043. In tema v. anche M. Romano, *Complessità delle fonti e sistema penale. Leggi regionali, ordinamento comunitario, Corte costituzionale*, in *RIDPP* 2008, 544; C. Ruga Riva, *Diritto penale, Regioni e territorio*, cit., 39 ss.

⁹⁷ C. Piergallini, *Norma penale e legge regionale*, cit., 134.

⁹⁸ C. Piergallini, *Norma penale e legge regionale*, cit., 149-150.

delineato a livello statale e un'eventuale opzione di segno esimente espressa dalle Regioni⁹⁹. Su questo fronte, i limiti della riserva di legge statale sono tradizionalmente intesi in modo meno rigoroso¹⁰⁰: l'esigenza di una considerazione peculiare deriverebbe dal fatto che le cause di esclusione dell'antigiuridicità, a differenza di quelle del fatto tipico, sono in prevalenza ritenute di natura non penale, in quanto espressive di un giudizio di liceità valevole per l'intero ordinamento; inoltre, si osserva che è ben possibile che le Regioni, nelle materie di propria competenza, riconoscano ai cittadini diritti e doveri, suscettibili in astratto di integrare l'art. 51 Cp e, quindi, di assumere valenza giustificatrice delle fattispecie di reato con cui si trovino a entrare in conflitto¹⁰¹.

Tuttavia, pur all'interno di un dibattito articolato, tanto la dottrina maggioritaria, quanto la consolidata giurisprudenza costituzionale escludono la configurabilità di c.d. scriminanti regionali¹⁰². A tale conclusione si perviene, da un lato, considerando le norme penali quali principi fondamentali delle singole materie di competenza concorrente in cui intervengono, dunque come limiti all'introduzione per via regionale di diritti e doveri con efficacia scriminante¹⁰³. Dall'altro lato, si evidenzia come le scelte di giustificazione, nella misura in cui creano spazi di liceità che portano a impedire l'applicabilità di norme criminali, incidano sull'ambito della responsabilità penale al pari di quelle di incriminazione e siano, quindi, riconducibili alla competenza esclusiva dello Stato in materia di "ordinamento penale"¹⁰⁴.

Scartata, in definitiva, la possibilità di prevedere per legge regionale diritti e doveri direttamente scriminanti, occorre d'altra parte evidenziare come possa comunque riconoscersi alle Regioni una circoscritta competenza in materia di cause di giustificazione, consistente nella specificazione o integrazione di scelte esimenti già espresse a livello nazionale, le quali richiedano di essere adeguate per tener conto delle specificità territoriali: in definitiva, si ripropongono anche in quest'ambito i medesimi principi propri del modello collaborativo-attuativo già sperimentato sul fronte del precetto. La norma di liceità regionale, più precisamente, può legittimarsi entro due

⁹⁹ F. Palazzo, *Costituzione e scriminanti*, cit., 1043 ss.

¹⁰⁰ V. ampiamente sul tema C. Ruga Riva, *Diritto penale, Regioni e territorio*, cit., 61 ss.

¹⁰¹ F. Consulich, *Lo statuto penale delle scriminanti*, cit., 355.

¹⁰² Cfr. C. Cost., n. 185/2004.

¹⁰³ F. Palazzo, *Costituzione e scriminanti*, cit., 304; *contra* C. Ruga Riva, *Diritto penale, Regioni e territorio*, cit., 66 ss. secondo cui le scelte di incriminazione non coinvolgerebbero i principi fondamentali della materia, essendo questi ultimi da riferirsi alla materia-oggetto e non alla materia come modo di disciplina.

¹⁰⁴ Come rileva F. Consulich, *Lo statuto penale delle scriminanti*, cit., 359, «la giustificazione di una condotta è spesso una scelta politico-criminale e come tale va trattata nell'ottica della ripartizione delle competenze tra Stato e Regione; è, in definitiva, una *questione penalistica*».

limiti di ragionevolezza: in positivo, occorre che esista un interesse territoriale da tutelare mediante la disposizione locale; in negativo, deve essere evitata una protezione disomogenea di interessi essenziali oggetto di tutela penale¹⁰⁵.

In proposito, pare utile richiamare, per la vicinanza con il tema che ci occupa, la sentenza n. 253/2006 della Corte costituzionale, relativa a una legge della Regione toscana che interveniva sulla disciplina del consenso informato in ambito sanitario, attribuendo ai maggiorenni un diritto alla designazione di un rappresentante ai fini della manifestazione del consenso in casi di urgenza e indifferibilità della decisione sulle cure: sebbene giudicata illegittima per contrasto con il vincolo di competenza in materia di ordinamento civile, la Corte non ha censurato la normativa in relazione alla riserva di legge in materia penale. Come osservato in dottrina, infatti, la norma regionale non contraddiceva la *ratio* della disciplina del consenso, né limitava i diritti protetti da norme penali, limitandosi a contribuire all'attuazione locale delle politiche in tema di salute¹⁰⁶.

Da questa ricostruzione può trarsi una prima conclusione. Stando all'orientamento prevalente di cui si è dato conto, l'inquadramento dogmatico della fattispecie di non punibilità in esame non risulta realmente decisivo ai fini dell'individuazione dei limiti della riserva di legge statale, se è vero che gli spazi per l'ingresso di fonti regionali non variano in modo sostanziale negli ambiti della tipicità e della giustificazione. Piuttosto, la conformità al vincolo di competenza potrà essere vagliata al metro del descritto criterio attuativo-funzionale, ossia verificando che l'incidenza della norma regionale sia contenuta nei limiti dell'implementazione di una scelta politico-criminale già espressa a livello nazionale, senza, quindi, che sia sacrificata la tutela penale degli essenziali interessi coinvolti.

6.3. Ridimensionata la rilevanza dei profili dogmatici, si tratta ancora di chiarire il significato da attribuire alla procedura di accertamento nel quadro dell'art. 580 Cp: ciò consente, infatti, di stabilire se la precisazione di tale elemento per legge regionale sia suscettibile di compromettere le scelte di tutela riservate al legislatore statale, in spregio alla *ratio* dell'art. 117 Cost.

Nell'ambito della tesi della giustificazione, si è recentemente prospettata la possibilità che il controllo svolto dal servizio sanitario nazionale abbia valenza

¹⁰⁵ F. Consulich, *Lo statuto penale delle scriminanti*, cit., 374 ss. e 379, che aggiunge anche il limite normativo di sistema, evincibile dalla struttura dell'art. 117 Cost., costituito dalla necessità che le norme di liceità regionale rispettino i principi fondamentali della materia stabiliti dallo Stato nei settori a competenza concorrente.

¹⁰⁶ F. Consulich, *Lo statuto penale delle scriminanti*, cit., 382.

meramente dichiarativa, non costitutiva, del diritto scriminante attribuito al singolo, il quale si fonderebbe esclusivamente sulla sussistenza dei presupposti sostanziali individuati dalla Corte¹⁰⁷. Ulteriore aspetto essenziale, in quanto strettamente funzionale alla tutela delle persone più vulnerabili, sarebbe rappresentato dalla formazione della volontà del malato nel quadro di una relazione di cura con il medico, secondo le modalità di acquisizione del consenso previste dalla l. 219/2017. Il rispetto degli ulteriori passaggi formali non sarebbe, tuttavia, essenziale ai fini della non punibilità, producendo il mero effetto processuale di anticipare l'accertamento del diritto e impedire l'avvio di un procedimento penale. La tesi è stata proposta per sostenere la possibilità di giustificare fatti commessi presso cliniche estere anche successivamente alla sent. 242/2019 (che aveva espressamente escluso la punibilità solo per fatti anteriori), ma pare suscettibile di ripercuotersi anche sul tema degli spazi della riserva di legge statale: ove si accogliessero tali premesse, infatti, l'integrazione normativa regionale della procedura risulterebbe meno problematica, perché i suoi effetti rimarrebbero all'esterno del significato penale del fatto.

Al contrario, riconoscendo alla giustificazione procedurale efficacia costitutiva¹⁰⁸, dovrebbe concludersi per l'irrinunciabilità dell'*iter* pubblicistico ai fini dell'esclusione della punibilità dell'agevolatore e, così, anche per l'impossibilità di sottrarre tale elemento dall'ambito della riserva di legge statale. A esiti non difformi si perviene anche riconducendo la procedura alla tipicità del fatto: in tal caso, sarebbe anzi proprio la "irregolarità" dell'aiuto al suicidio, ossia il mancato rispetto delle regole prescritte per la sua liceità, a costituire il vero e proprio *target* del rimprovero penale, secondo il paradigma proprio dei delitti "a tutela di funzioni"¹⁰⁹.

L'essenzialità della procedura sembra in ogni caso trovare conferma, di nuovo a prescindere dalle opzioni dogmatiche prescelte, nella recente sent. 135/2024 della Corte costituzionale, che nel fornire un'interpretazione autentica del portato delle proprie precedenti affermazioni contenute nella sent. 242/2019, ha espressamente riaffermato «la necessità del puntuale rispetto delle condizioni procedurali stabilite dalla sentenza n. 242 del 2019», giudicate «essenziali per prevenire [il] pericolo di abusi

¹⁰⁷ A. Massaro, L. Grossi, *La progressiva "destrutturazione giurisprudenziale" del suicidio medicalmente assistito: una nuova questione di legittimità costituzionale sull'art. 580 Cp*, in www.sistemapenale.it, 12.3.2024, 12 ss.

¹⁰⁸ M. Donini, *Libera nos a malo*, cit., p. 14.

¹⁰⁹ Sugli illeciti "a tutela di funzioni" (in contrapposizione a quelli "a tutela di beni") fondamentale T. Padovani, *La scelta delle sanzioni in rapporto alla natura degli interessi tutelati*, in *Beni e tecniche della tutela penale. Materiali per la riforma del codice*, Milano 1987, 95 ss. e ancor prima, applicando la categoria ai reati in tema di interruzione di gravidanza, Id., *Commento agli artt. 17-20 l. 22 maggio 1978, n. 194*, in *Nuove leggi civ. 1978*, 1682. Richiama questo paradigma a proposito della riformulazione costituzionale dell'aiuto al suicidio, seppur prima della sent. 242/2019, A. Vallini, *Morire è non essere visto*, cit., 821.

a danno delle persone deboli e vulnerabili»: tali condizioni, si precisa, includono sia il necessario coinvolgimento del servizio sanitario nazionale, sia il parere del comitato etico territorialmente competente, ferma restando la possibilità di impugnare giudizialmente un'eventuale mancata autorizzazione alla procedura da parte delle strutture sanitarie.

A ulteriore sostegno dell'inderogabilità di tali elementi, può essere proposto un parallelismo con i reati fondati sull'inosservanza di provvedimenti autorizzatori, in cui la tutela dell'interesse finale è mediata da un'attività di gestione o di accertamento affidata all'organo amministrativo¹¹⁰. La procedura di accertamento prevista in tema di suicidio assistito presenta profili strutturali simili a quelli dell'elemento autorizzativo, non a caso anch'esso ricondotto alternativamente (e non univocamente) sul terreno dell'antigiuridicità o della tipicità. Nel caso dell'art. 580 Cp, a essere più precisamente rievocato è lo schema dell'autorizzazione vincolata all'accertamento di requisiti predeterminati dalla legge, non richiedendosi agli organi amministrativi una valutazione discrezionale diretta alla composizione degli interessi in gioco¹¹¹. In proposito, sebbene in un settore di tutela distante da quello qui in esame, la giurisprudenza della Corte costituzionale ha in più occasioni censurato la legittimità di leggi regionali che rimuovevano obblighi autorizzatori previsti a livello statale¹¹².

Se ne deduce che il legislatore regionale non potrebbe in ogni caso introdurre disposizioni che consentano di prescindere dalla verifica dei requisiti sostanziali da parte del servizio sanitario, così come dall'acquisizione del parere del comitato etico.

Allo stesso tempo, tuttavia, si ritiene che le Regioni non potrebbero nemmeno snaturare il *contenuto essenziale* di tale procedura, ossia regolarla in modo da pregiudicarne la funzionalità di tutela svolta all'interno della disposizione penale. L'esigenza di proteggere le persone vulnerabili dal pericolo di abusi richiede, infatti, che la verifica *ex ante* dei requisiti sostanziali sia effettiva e che la decisione di morire del paziente possa essere maturata nella dimensione "medicalizzata" della relazione di cura. Solo ove tali condizioni siano soddisfatte, sembra potersi ammettere la possibilità

¹¹⁰ Evidenzia il parallelismo con la categoria della scriminante procedurale M. Donini, *Il volto attuale dell'illecito penale*, cit.; sui reati incentrati sul momento autorizzatorio v. M. Mantovani, *L'esercizio di un'attività non autorizzata. Profili penali*, Torino 2003.

¹¹¹ Distingue a seconda del carattere discrezionale o vincolato dell'attività autorizzatoria demandata all'amministrazione M. Mantovani, *L'esercizio di un'attività non autorizzata*, cit., 59 ss.

¹¹² In tema di smaltimento illecito di rifiuti, cfr. C. Cost. n. 14/1991; C. Cost., n. 370/1989; C. Cost., n. 43/1990. Per l'esame della giurisprudenza costituzionale in tema di interferenza tra legge regionale ed elemento normativo dell'autorizzazione amministrativa v. C. Piergallini, *Norma penale e legge regionale*, cit., 151 ss.

di una specificazione di carattere attuativo che non comprometta quel nucleo di tutela fondamentale.

Il contenuto delle attuali iniziative legislative sembra nel complesso soddisfare il limite indicato: la definizione dei tempi e delle modalità della procedura di accertamento non pregiudica infatti gli obiettivi di tutela penale cui la stessa è rivolta. Nella proposta di legge «Liberi subito» si ravvisa, al più, un profilo critico in relazione alla rigidità (oltre che della brevità) del termine assegnato alla commissione medica per lo svolgimento della sua attività di controllo, un tempo che potrebbe in concreto risultare insufficiente ai fini dell'instaurazione di un'effettiva relazione di fiducia con il paziente e di una piena verifica delle condizioni di legittimità della richiesta di suicidio. Tale aspetto critico potrebbe essere corretto prevedendo la possibilità di derogare il termine in presenza di ragioni che richiedano un esame più approfondito della vicenda, ed appare in ogni caso superato dalla legge toscana, la quale, come anticipato, delinea una procedura più distesa nei tempi e più cauta e articolata nei suoi passaggi (*supra*, §4).

Quanto alla composizione della commissione medica incaricata della procedura di accertamento, i soggetti coinvolti sono individuati sulla base di competenze connesse all'accertamento dei requisiti o alla definizione delle modalità di esecuzione del suicidio. Sarebbe però più opportuno limitare la composizione "fissa" del gruppo alle sole professionalità essenziali per le finalità della procedura (medico palliativista, psicologo, anestesista) – cui potrebbero aggiungersi anche quella del medico specialista della patologia di cui è affetto il paziente, nonché dell'eventuale medico di fiducia (il primo in effetti preso in considerazione dall'art. 3, co.3, della legge toscana, il secondo eventualmente indicabile nell'istanza per l'accertamento dei requisiti ai sensi dell'art.4, co. 2, della stessa legge) – e prevedere poi una sua integrazione flessibile alla luce delle peculiarità del caso (ad esempio, la presenza di uno psichiatra ove si sospettino patologie mentali).

7. Ove mantenuta entro i limiti indicati, una legge regionale volta a disciplinare la procedura di accertamento dei requisiti di legittimità del suicidio medicalmente assistito non sembra incorrere in una violazione del vincolo di competenza statale in materia penale *ex art. 117 Cost.*

La mera specificazione del presupposto procedurale dell'aiuto a morire, infatti, si pone in linea (e, anzi, in funzione servente) con le finalità di tutela penale individuate dalla sent. 242/2019. Inoltre, sembrano sussistere quelle esigenze territoriali richieste

per giustificare una declinazione su base regionale della disciplina statale: la definizione delle modalità e delle tempistiche degli adempimenti accertativi richiesti per la liceità del suicidio assistito, infatti, risulta strumentale allo svolgimento di un'attività demandata alle strutture sanitarie, la cui organizzazione, come noto, rientra in politiche di competenza regionale. In altre parole, si è già in presenza di una procedura che, per lo stesso fatto di essere affidata nella sua implementazione pratica alle strutture sanitarie, presenta ineliminabili margini di specificità esecutiva a livello locale.

È la stessa Corte costituzionale, poi, come già ricordato, a valorizzare l'esigenza di una cooperazione degli organi locali – oltre che del legislatore nazionale – alla piena realizzazione della disciplina che, vale la pena ribadirlo, è concepita come già destinata a operare. Sempre nella sent. 242/2019, la consapevolezza di una necessaria declinazione territoriale della normativa emerge ancor più nitidamente con riferimento all'attribuzione di un ruolo centrale nella procedura ai comitati etici “territorialmente competenti”, dunque a organi che – pur nella difficoltà della loro individuazione – sono istituiti e regolati su base regionale.

Vi è, infine, una ragione ancora più forte per sostenere l'opportunità di regolamentare gli aspetti organizzativi e applicativi dell'accesso al suicidio assistito. La sent. n. 242/2019, come si è detto, introduce una disciplina che comporta una serie di doveri in capo alle strutture e al personale sanitario (v. *supra*, § 4.1): sono, allora, gli stessi attori investiti dalle richieste di suicidio assistito ad abbisognare di chiare direttive per orientare il proprio comportamento senza incorrere nel rimprovero penale. Tale esigenza si pone sia sul fronte amministrativo, rispetto al personale delle strutture sanitarie, sia sul fronte “professionale” e personale, ossia sul piano del rapporto tra medico e paziente. È proprio questa la prospettiva che, ben prima delle iniziative normative in discussione, nel 2020 aveva ispirato la Commissione regionale di bioetica della Regione toscana ad adottare un articolato parere consultivo, sulla base della proposta redatta da un apposito gruppo di studio¹³: agendo su un piano di *soft law*, il documento si proponeva di rispondere al problema di come dare attuazione alla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale, nel rispetto dei diritti delle persone coinvolte, individuando sia gli accorgimenti organizzativi e le procedure operative da

¹³ Parere nr. 2/2020 del 14 febbraio 2020 della Commissione regionale di bioetica della Toscana, *Liceità condizionata del suicidio medicalmente assistito e sistema sanitario regionale* (su cui v. già *supra*, sub nt. 71), redatto sulla base del lavoro del Gruppo di studio “Aiuto medico al morire” (cui hanno preso parte Antonio Vallini – Coordinatore del gruppo di studio -, Gianni Baldini, Alessandro Bichi, Vittorio Gasparini, Mariella Immacolato, Paolo Malacarne, Piero Morino, Mariella Orsi, Antonio Panti, Monica Toraldo di Francia, Francesca Torricelli, Alfredo Zuppiroli).

seguire, sia i doveri in capo ai singoli medici coinvolti. Come si legge nel parere, «il fine è la tutela vuoi dei cittadini toscani, vuoi dei sanitari e delle loro opzioni professionali e di coscienza, sul presupposto che, rispetto a una fattispecie di tale delicatezza, sia da scongiurare il rischio di soluzioni estemporanee, “localistiche” e diseguali, quali quelle che potrebbero derivare dall’esercizio di una troppo libera discrezionalità (comportante un’eccessiva responsabilità) del singolo direttore sanitario o comitato etico (laddove istituito e operativo), investiti del problema dal singolo medico, sollecitato dal singolo paziente».

Proprio l’esigenza di uniformità di tutela, dunque, costituisce una ragione valida a sostegno dell’opportunità dell’introduzione di leggi regionali che si occupino di individuare standard di comportamento condivisi nel tracciato segnato dalla Corte costituzionale. Ciò consentirebbe almeno di raggiungere l’obiettivo minimo di ridurre le disparità di trattamento che, ad oggi, possono prodursi all’interno dei singoli contesti territoriali, restringendo gli spazi lasciati alla decisione delle singole aziende sanitarie. Certo, una soluzione di questo tipo si esporrebbe inevitabilmente al rischio di essere a sua volta foriera di diseguaglianze, aprendo la strada per l’introduzione di discipline differenti tra Regione e Regione: e tuttavia, mentre il difetto di qualsiasi regolamentazione espone a difformità di trattamento *caso per caso*, una regolamentazione regionale elimina tale disfunzione *almeno* a livello regionale; la strategia immaginata dalla Associazione Luca Coscioni, poi, di orientare in direzioni analoghe le singole legislazioni regionali stimolandole con il deposito di una proposta di legge “standard”, appare concepita per favorire forme di “armonizzazione” tra le normative delle regioni stesse e, dunque, per ridurre ancor più i margini di disparità di trattamento e di incertezza della disciplina a livello nazionale.

Infine. Prospettare un (limitato) spazio di intervento per le Regioni (almeno sotto il profilo del rispetto della riserva di legge in materia penale, nella prospettiva qui assunta), non significa negare che resti comunque preferibile, anche a prescindere da valutazioni attinenti al riparto di competenze, l’ingresso di una regolamentazione *uniforme* a livello nazionale, così da assegnare alla legge regionale un posto meramente suppletivo e provvisorio rispetto a quella del Parlamento. È in quest’ordine di pensiero, come si è visto, che si muovono tanto l’attuale legge toscana, quanto i progetti di legge in discussione nei vari consigli regionali. Ci si potrebbe d’altra parte chiedere cosa succederebbe nell’ipotesi – al momento non in considerazione – che le Regioni intendessero rivendicare un proprio spazio di intervento “originario”, ossia la possibilità di regolare autonomamente specifici aspetti della materia *nonostante* il

sopravvenire di una normativa statale: orbene, se si muove dalle premesse argomentative qui proposte, una simile legge regionale potrebbe comunque risultare costituzionalmente legittima al metro dell'art. 117 lett. *l*, purché contenuta nei rigorosi limiti attuativi della "disciplina costituzionale" di cui si è detto; si tratterebbe piuttosto di capire se l'eventuale antinomia possa contrastare con le prerogative statali in *altri* campi di materia (concorrenti o esclusivi). È una questione che non ci proponiamo di risolvere, esulando dagli obiettivi di questo lavoro.

L'auspicio, ad ogni modo, è che la partecipazione delle Regioni alla disciplina normativa della morte medicalmente assistita rimanga, appunto, come è stata immaginata e come dichiara attualmente di essere: ossia una sostituzione *non definitiva*, una mera (e imperfetta) supplenza, temporalmente limitata, in attesa che la parola passi davvero al Parlamento.