

Il ruolo delle aziende sanitarie in materia di suicidio assistito alla luce della giurisprudenza costituzionale e della legislazione regionale

di

Giulia Papa*

Sommario: 1. Il ruolo del servizio sanitario nazionale nell'attuazione dei principi della Corte costituzionale; 2. Questioni problematiche sull'ammissibilità della legislazione regionale; 3. Considerazioni di riepilogo e conclusioni.

1. Il ruolo del servizio sanitario nazionale nell'attuazione dei principi della Corte costituzionale.

Negli anni successivi alla sent. n. 242/2019 si è posto il problema dell'implementazione dei principi di diritto posti dalla Corte, in particolare con riferimento alla possibilità per il singolo individuo di pretendere dal servizio sanitario nazionale (SSN) le prestazioni necessarie al fine di garantire, nella pratica, il diritto a mettere fine alla propria vita. Il primo punto fermo della pronuncia è l'introduzione di una procedura amministrativa -avente natura di discrezionalità tecnica- per accertare la sussistenza delle condizioni in presenza delle quali una persona può essere autorizzata a ricorrere al suicidio assistito e ricevere i mezzi e l'assistenza necessari alla sua esecuzione¹.

* Dottoressa di ricerca in Diritto Costituzionale – Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale.

¹ M. ESPOSITO, "Morte a credito": riflessioni critiche sul c.d. diritto al suicidio assistito, in *federalismi*, 12 giugno 2024, p. 92.

Da tale impostazione derivano precisi compiti per l'amministrazione sanitaria, riconducibili a prestazioni di informazione e di accertamento da svolgersi nell'ambito di un procedimento su istanza dell'interessato. In assenza di disciplina specifica, tale procedimento è regolato dalla normativa generale sul procedimento amministrativo (l. n. 241/1990) e si articola in due fasi, la prima riguardante la verifica dei requisiti di liceità del suicidio assistito, ossia il controllo delle condizioni di salute e di consapevolezza del paziente, secondo la «procedura medicalizzata» prevista agli artt. 1 e 2 della l. n. 219/2017². La struttura sanitaria che riceve la richiesta deve quindi mettere a disposizione personale qualificato in grado di fornire informazioni adeguate, garantire un supporto anche psicologico al paziente e ai familiari, illustrare le possibili alternative, tra cui l'inserimento in un percorso di cure palliative³, e acquisire il consenso informato. La seconda fase del procedimento è finalizzata a verificare le modalità di esecuzione, ossia il tipo di farmaco e le modalità di auto-somministrazione più appropriate alla condizione del paziente. La Corte ha chiarito che tali modalità «dovranno essere tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze»⁴, pur senza entrare nel dettaglio operativo, salvo richiedere il coinvolgimento dei comitati etici territorialmente competenti.

D'altronde, non avrebbe potuto procedere diversamente, poiché tale scelta è coerente con la natura concorrente della materia "tutela della salute", che comporta che i modelli di organizzazione dei servizi siano diversi in base alla normativa regionale. In mancanza di una puntuale regolazione le attività di verifica devono comunque concludersi entro 30 giorni (ex art. 2. l. n. 241/1990), salvo proroghe motivate per l'acquisizione del parere del comitato etico.

Restando fermo, in generale, il divieto di aiuto al suicidio⁵ si delinea così una procedura amministrativa per determinare se nel caso concreto l'assistenza

² Corte cost. sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, par. 5.

³ La Corte costituzionale ricorda nella sent. n. 242 l'esigenza di rendere effettivo prima di tutto il diritto alle cure palliative, a garanzia della libertà e dignità del paziente.

⁴ Corte cost., sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, par. 5.

⁵ Il suicidio assistito non è un diritto, ma permane un reato ex art. 580 c.p., essendo prevista una sola circoscritta area di non punibilità per ipotesi tassativamente individuate, collegate a

richiesta integri o meno gli estremi di reato. L'amministrazione sanitaria è chiamata a valutare discrezionalmente se il paziente interessato versi o meno nelle condizioni di cui alla sent. 242/2019, al fine di autorizzare (non obbligare...) il personale medico a prestare l'assistenza strumentale e farmacologica necessaria. Il riconoscimento dell'obiezione di coscienza del medico⁶ preserva in ogni caso la libertà del medico confermando che l'assistenza al suicidio non costituisce una prestazione sanitaria "liberalizzata". Una diversa impostazione arrecherebbe un intollerabile *vulnus* all'assetto costituzionale dei principi in materia di tutela della vita e alla configurazione stessa dello Stato sociale. L'ulteriore punto fermo che emerge dalla sentenza attiene dunque all'inesistenza di un vero e proprio dovere di assistenza nell'aiuto al suicidio, corrispettivo della carenza in capo all'individuo un diritto soggettivo a tale assistenza⁷. Se non vi è alcun obbligo per il medico, non può configurarsi neppure un obbligo per la struttura sanitaria.

La Corte non impone al Servizio Sanitario Nazionale di organizzare un servizio pubblico di assistenza al suicidio ma gli attribuisce unicamente compiti di verifica. Questo principio è stato ribadito anche nella più recente sent. 66/2025, la quale sottolinea che il coinvolgimento del Servizio Sanitario Nazionale deve servire "a garanzia di un disinteressato accertamento della sussistenza dei requisiti"⁸ proprio per evitare abusi a danno di soggetti deboli e vulnerabili: "persone malate,

"situazioni inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli sviluppi della scienza medica e dalla tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali". Cfr. Corte cost. sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, par. 2.3 e ord. n. 207/2018, par. 8. Come evidenziato anche da Viganò con riferimento alla sent. n. 242/2019, ma con considerazioni estensibili anche alla successiva giurisprudenza costituzionale, "la *ratio decidendi* essenziale della pronuncia" non risiede in un "diritto a morire" (F. VIGANÒ, *Diritti fondamentali e diritto penale al congedo dalla vita: esperienze italiana e straniere a confronto* in *Sist. pen.*, 2023, pp. 15 ss.).

⁶ M. ESPOSITO, *op. cit.*, p. 109.

⁷ Il giudice delle leggi, interrogandosi sul problema dell'obiezione di coscienza, ha escluso l'esistenza di un obbligo del personale sanitario di procedere all'assistenza al suicidio, chiaramente affermando che la sua "declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici" (Corte cost. sent. n. 242/2019, *Considerato in diritto*, par. 6). Sul punto v., E. BILOTTI, *Ai confini dell'autodeterminazione terapeutica del paziente capace. Il dialogo tra il legislatore e il giudice delle leggi sulla legittimità dell'assistenza medica al suicidio*, in *Corr. giur.*, 2020, pp. 492 ss.

⁸ Corte cost. sent. n. 66/2025, *Considerato in diritto*, par. 7.1.

deprese, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare, magari per ragioni di personale tornaconto, all'esecuzione di una loro scelta suicidaria".

Resta da chiarire il profilo di eventuali responsabilità di strutture sanitarie pubbliche e del personale medico che rifiutino di fornire le prestazioni richieste. Non si tratta di questione astratta, in alcuni casi le persone interessate hanno presentato esposti per lamentare un rifiuto di atti di ufficio, invocandosi così il pronunciamento della magistratura penale. Sul piano penalistico, tuttavia, l'assenza di un obbligo giuridico tipizzato in capo al singolo medico di cooperare materialmente al suicidio assistito rende problematico configurare profili di responsabilità ex art. 328 c.p., soprattutto alla luce del carattere eccezionale e di stretta interpretazione delle ipotesi di non punibilità delineate dalla Corte costituzionale. Diversamente, sul piano amministrativo la giurisprudenza ha offerto orientamenti non sempre uniformi, ad es., con l'ordinanza del 4 luglio 2023, il Tribunale di Trieste ha condannato l'amministrazione a intervenire entro un termine stabilito, imponendo una sanzione pecuniaria per ogni giorno di ritardo. Di contro, il Tribunale di Ancona, con ordinanza del 26 marzo 2021, aveva inizialmente escluso il dovere della struttura sanitaria di offrire la prestazione di aiuto al suicidio, salvo poi a seguito di reclamo mutare orientamento (Trib. di Ancona, ord. 9/6/2021), imponendo all'azienda sanitaria di verificare se il paziente soddisfacesse i presupposti stabiliti dalla Corte Costituzionale. È evidente come la prassi applicativa tuttora evidenzia lacune sul piano procedurale, facendo affiorare una serie di problemi connessi all'apparato burocratico e all'interpretazione delle norme applicabili.

2. Questioni problematiche sull'ammissibilità della legislazione regionale.

La cronaca continua a riportare episodi di grande attualità, da cui emergono i numerosi aspetti che la complessa tematica del fine vita e, in particolare, del suicidio medicalmente assistito, comporta. Tale materia, per la sua natura

intrinsecamente legata ai diritti fondamentali della persona, evidenzia il complesso rapporto tra Stato e Regioni, soprattutto con riguardo all'individuazione delle rispettive competenze legislative. Infatti, la disciplina del fine vita incide su ambiti riservati alla competenza legislativa esclusiva dello Stato di cui all'art. 117, co. 2, Cost., in particolare la lett. m), relativa ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali; la lett. l)⁹, che riguarda l'ordinamento penale, essendo coinvolto l'ambito di applicazione dell'art. 580 c.p. e l'ordinamento civile¹⁰, da cui derivano i principi sul consenso informato.

Parallelamente, la questione coinvolge la potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute, nella quale rientra l'organizzazione sanitaria. Come è noto, in questo ambito alle Regioni è riconosciuto il potere di adottare norme di dettaglio, purché rispettino i principi fondamentali stabiliti dal legislatore statale, con finalità attuative di quest'ultima¹¹. Situazioni analoghe si sono già verificate in altri ambiti sanitari eticamente sensibili, in cui la normativa statale è stata integrata da disposizioni regionali a carattere attuativo e organizzativo. Si pensi alla disciplina sull'interruzione volontaria di gravidanza, alla PMA¹² o alla rete delle cure palliative¹³. Nonostante l'assenza di una legge statale, alcune Regioni¹⁴ hanno

⁹ Cfr. M.G. NACCI, *Il contributo delle regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Note a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, in *Riv. del Gruppo di Pisa*, fasc. n. 1/2023, pp. 105 ss., e G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio, i rilievi dell'Avvocatura Generale dello Stato, le forzature del Tribunale di Trieste e della commissione nominata dall'azienda sanitaria*, in *Consulta Online*, fasc. n. 1/2024, pp. 69 ss.

¹⁰ Corte cost., sent. n. 261/2016.

¹¹ L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, in *Osservatorio AIC*, fasc. n. 3/2024.

¹² Regione Emilia-Romagna, DGR n. 1487/2014, *Recepimento del documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome 14/109/CR02/C7SAN del 4/9/2014*, *Recepimento del "Documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa a seguito della sentenza della Corte costituzionale nr. 162/2014" della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome*.

¹³ Per esempio, Regione Marche, DGR n. 1238/2021, *Rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche*.

¹⁴ La legge regionale toscana (l. n. 16/2025) e la legge regionale sarda (l. n. 26/2025) disciplinano la procedura per accedere al suicidio medicalmente assistito. La legge toscana individua i requisiti di accesso alla pratica, le modalità di verifica delle condizioni, i tempi, i compiti delle Asl, che devono assicurare il farmaco e mettere a disposizione il personale sanitario fatta salva l'obiezione di coscienza, e indica i requisiti professionali dei membri della commissione che con il comitato etico locale valuta l'istanza. La legge sarda, oltre a stabilire i requisiti specifici, prevede l'istituzione di una commissione multidisciplinare permanente per la verifica delle

adottato delle leggi volte a dare attuazione ai principi stabiliti dalla sent. n. 242/2019 della Corte costituzionale, colmando così il vuoto lasciato dall'inerzia parlamentare. Occorre chiedersi se tale sentenza possa costituire una fonte del diritto sufficientemente completa, da permettere alle Regioni di intervenire con norme attuative¹⁵.

La Corte ha infatti aperto una possibilità ordinamentale di non punibilità del suicidio medicalmente assistito, individuandone i principi fondamentali e richiamando le norme già presenti nel sistema giuridico, in particolare la l. n. 219/2017 in materia di consenso informato.

Tuttavia, i criteri enunciati dalla Corte mantengono un certo grado di generalità, lasciando al legislatore statale margini di discrezionalità nella definizione del quadro normativo complessivo entro cui eventuali discipline regionali possono operare. Ad es., nell'attuale contesto resta da chiarire quali strutture sanitarie siano incaricate di verificare le condizioni necessarie per l'erogazione dell'aiuto al suicidio, le modalità e i requisiti del parere dei comitati etici competenti sul territorio, le garanzie per l'obiezione di coscienza del personale sanitario e il coordinamento con l'accesso alle cure palliative. Si tratta, in particolare, di profili che attengono prevalentemente all'organizzazione delle strutture sanitarie, ambito riconducibile alla competenza concorrente in materia di tutela della salute, così che in virtù della decentralizzazione del sistema sanitario sono le Regioni *in primis* a dover garantire, in concreto, l'erogazione delle prestazioni necessarie per il suicidio assistito.

Su tale profilo è recentemente intervenuta la Corte costituzionale con la sent. n. 204/2025, chiamata a pronunciarsi sulla legittimità della legge regionale toscana. In tale occasione, la Corte ha chiarito che la propria precedente giurisprudenza non può essere intesa come fonte immediatamente sostitutiva della funzione legislativa

condizioni, definisce le modalità di attuazione, garantisce la gratuità delle prestazioni e fissa tempistiche stringenti.

¹⁵ Una prima proposta di legge regionale volta a disciplinare la materia è stata discussa dal Veneto nel 2024, su iniziativa del Presidente Zaia, ma è stata successivamente respinta dal Consiglio della Regione per il voto contrario di parte della maggioranza. Ulteriori tentativi di intervento, intrapresi dalla Toscana e dalla Sardegna, si sono invece conclusi recentemente con l'approvazione delle leggi 16/2025 e 26/2025.

statale, né come base sufficiente per l'introduzione, a livello regionale, di una disciplina compiuta del suicidio medicalmente assistito. In particolare, la Corte ha ribadito che la delimitazione dell'area di non punibilità dell'aiuto al suicidio incide direttamente sull'ordinamento penale, riservato alla competenza legislativa esclusiva dello Stato ai sensi dell'art. 117, co. 2, lett. 1), Cost., e non può essere oggetto di interventi normativi regionali, neppure in via attuativa.

Tuttavia, la sent. n. 204/2025 non esclude in radice ogni spazio di intervento regionale. Al contrario, essa ammette che, in assenza di una disciplina statale organica, le Regioni possano intervenire nei limiti della propria competenza concorrente in materia di tutela della salute, regolando profili meramente organizzativi e procedimentali, purchè tali interventi non si traducano nell'introduzione di un diritto soggettivo all'ottenimento della prestazione né alterino l'equilibrio tracciato dal legislatore penale. I principi fondamentali cui attenersi derivano principalmente dalla l. n. 219/2017 e dalla sent. n. 242/2019, il che evidenzia come la giurisprudenza costituzionale stia progressivamente assumendo un ruolo di supplenza legislativa in questa materia. In questo senso, la Corte sembra delineare un modello di intervento regionale "debole", funzionale a garantire l'effettività delle verifiche e delle procedure, ma strutturalmente subordinato all'auspicato intervento del legislatore statale.

Di fronte all'inerzia del Parlamento, si apre dunque la possibilità di uno spazio di azione per le Regioni che, nel rispetto delle competenze statali, possono regolamentare gli aspetti organizzativi: la composizione degli organi incaricati delle verifiche, i momenti specifici di intervento, le garanzie per i soggetti coinvolti e le tempistiche della procedura¹⁶.

Rimane da valutare quale tipo di regolamentazione sia più appropriato adottare, se una legge oppure una normativa secondaria (come un regolamento o delle linea-

¹⁶ Per esempio, la legge toscana fa chiarezza su procedure, modalità e tempi che oggi sono lasciate in balia di ogni Asl. Stabilisce inoltre che il farmaco necessario alla pratica è finanziato con il bilancio regionale, considerando il servizio come un extra-Lea. Quanto al personale sanitario, può avere un ruolo solo su base volontaria.

guida)¹⁷. I vantaggi di una fonte legislativa risultano chiari in termini di legittimazione democratica della decisione e di vincolatività per le strutture e il personale sanitario. Non bisogna tuttavia dimenticare che si tratta di questioni che hanno un elevato contenuto tecnico.

Di conseguenza, qualsiasi disciplina (compresa quella statale) dovrà rispettare i principi relativi all'esercizio della discrezionalità normativa nell'ambito medico-scientifico come stabilito dalla Corte costituzionale nella sent. n. 282/2002. Questo comporta almeno due effetti: 1) durante il processo di elaborazione sarà fondamentale il coinvolgimento degli enti tecnici competenti; 2) il testo normativo dovrà prevedere margini di flessibilità tali da permettere agli operatori di adattare le norme generali alle peculiarità dei singoli casi.

3. Considerazioni di riepilogo e conclusioni

Il quadro delineato dalla giurisprudenza costituzionale, a partire dalla sent. n. 242/2019, ha segnato una tappa decisiva nel processo di riconoscimento del diritto dell'individuo a determinare autonomamente il proprio fine vita. Tuttavia, passando dal piano teorico a quello pratico, è stata messa in luce la complessità di tradurre in termini operativi i principi enunciati dalla Corte, specialmente in assenza di una disciplina legislativa organica.

¹⁷ Non tutte le Regioni hanno seguito esclusivamente la via legislativa. Dopo la Puglia – che già nel 2023 con delibera della Giunta regionale si era limitata a confermare la competenza del Comitato Etico del Policlinico di Bari a esprimere i pareri richiesti dalla sentenza della Consulta – anche la Regione Emilia-Romagna ha deciso di adottare atti aventi natura amministrativa: dato il rischio di mancata approvazione della proposta di legge regionale attualmente al vaglio del Consiglio regionale, come è accaduto in altre Regioni, la Giunta regionale con la deliberazione del 5 febbraio 2024, n. 194 ha istituito con valenza unica regionale il Comitato Regionale per l'etica nella Clinica (COREC), a cui sono attribuite varie funzioni, tra cui quella di “fornire pareri relativi a richieste sul fine vita, per gli aspetti che esulano da quelli normati dalla Legge n. 219/2017”. In particolare, con ciò si è voluto dare estensione all'esperienza positiva maturata dal Comitato per l'etica nella clinica (CEC) istituito dall'Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia. Il successivo 9 febbraio con determina del Direttore generale cura della persona, salute e welfare n. 2596 del 2024 è stata introdotta la disciplina relative alle “Istruzioni tecnico-operative per la verifica dei requisiti previsti dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 e delle modalità per la sua applicazione”. Sono state così definite le modalità e i tempi per la verifica dei presupposti e l'esecuzione del suicidio medicalmente assistito. L'efficacia di questi atti attualmente sono stati sospesi dal TAR.

L'effettivo esercizio del diritto riconosciuto dalla Consulta presuppone infatti l'attivazione di una prestazione sanitaria che può essere erogata solo se sono verificate le condizioni tassativamente indicate dalla Corte stessa. Tale accertamento spetta esclusivamente all'amministrazione sanitaria, nell'ambito di una procedura amministrativa di natura tecnico-discrezionale. Ne consegue che la Corte non ha riconosciuto una libertà di scelta immediatamente esercitabile, e nemmeno l'esistenza di un diritto assoluto a ottenere dal servizio sanitario nazionale l'assistenza necessaria per porre fine alla propria vita. A conferma di ciò, resta ferma la possibilità di obiezione di coscienza da parte del personale sanitario, a tutela della libertà morale e professionale del medico¹⁸.

Il diritto al suicidio medicalmente assistito, così come delineato, risulta dunque subordinato alla sussistenza di specifici requisiti, la cui verifica è demandata alle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale¹⁹. A queste ultime spetta il compito di accertare, in modo imparziale e nel rispetto delle garanzie previste, la legittimità della richiesta e le modalità di esecuzione, senza che ciò si traduca in un obbligo generalizzato di prestazione sanitaria. L'intervento del sistema sanitario nazionale ha, piuttosto, la funzione di assicurare un controllo pubblico neutrale, volto a prevenire abusi e a tutelare i soggetti più vulnerabili.

Tuttavia, l'esperienza applicativa ha evidenziato numerose criticità di natura procedurale. Le diverse interpretazioni fornite dalle amministrazioni territoriali e dalle autorità giudiziarie hanno determinato significative disparità di trattamento tra i pazienti, sia nella valutazione dei presupposti di accesso alla procedura, sia nella concreta erogazione dell'assistenza. Tale disomogeneità rischia di incidere negativamente sull'effettività del diritto all'autodeterminazione terapeutica riconosciuto dalla Corte.

In questo contesto, assume rilievo la questione del ruolo delle Regioni, chiamate (in assenza di una legge statale) a garantire l'attuazione dei principi costituzionali

¹⁸ V. C. CARUSO, *Al servizio dell'unità. Perché le Regioni possono disciplinare (con limiti) l'aiuto al suicidio*, in *Il Piemonte delle autonomie*, fasc. n. 1/2024.

¹⁹ Non sarebbe concepibile, infatti, come accennato dalla ord. n. 207/2018, ammettere che «<qualsiasi soggetto – anche non esercente una professione sanitaria – possa lecitamente offrire, a casa propria o a domicilio, per spirito filantropico o a pagamento>> l'aiuto al suicidio.

nell'ambito delle proprie competenze in materia di tutela della salute. L'intervento regionale, tuttavia, non può sostituirsi al legislatore statale, ma può soltanto disciplinare profili organizzativi e procedurali, in funzione attuativa e transitoria, nel rispetto dei principi fondamentali fissati dalla Corte e dalla l. n. 219/2017 sul consenso informato.

Alla luce di tali considerazioni, appare ormai indifferibile un intervento legislativo dello Stato che disciplini in modo compiuto e uniforme la materia del fine vita, garantendo omogeneità applicativa su tutto il territorio nazionale e certezza giuridica per operatori e pazienti. Solo una legge statale potrà assicurare un equilibrio stabile tra il principio di autodeterminazione del malato, il dovere pubblico di tutela della vita e la libertà di coscienza del personale sanitario, restituendo coerenza sistemica a un settore oggi affidato in larga misura all'interpretazione giurisprudenziale e all'iniziativa regionale.