Forum

La progressiva costruzione della disciplina del suicidio medicalmente assistito

Lucia Busatta
Professoressa associata di diritto costituzionale, Università di Trento

1. Una partita a Mastermind: le leggi regionali sul suicidio medicalmente assistito

La questione relativa alla necessità di una disciplina del suicidio medicalmente assistito, con l'entrata in scena del legislatore regionale, sta assumendo i caratteri di una partita a Mastermind. Dopo l'intervento da apripista della Regione Toscana, con la legge n. 16/2025, e la sentenza della Corte costituzionale n. 204/2025, che – pur censurando alcune specifiche disposizioni – ha comunque confermato la praticabilità della legge regionale per definire gli aspetti delle procedure organizzative necessarie ad assicurare l'effettività della possibilità di ricorrere al suicidio medicalmente assistito per chi ne abbia i requisiti, si è ora aperto il percorso della regolazione regionale della materia.

Mentre il ricorso statale contro la legge toscana era ancora pendente, infatti, il Consiglio regionale della Sardegna ha approvato la legge n. 26 del 2025, con contenuti in gran parte sovrapponibili a quelli toscani. Alla legge ha fatto immediatamente seguito l'impugnativa statale. La recente sentenza della Corte costituzionale n. 148/2026 conferma quanto affermato nella precedente pronuncia sulla legge toscana, precisandone ulteriormente alcuni aspetti di dettaglio.

Quasi contestualmente, nel luglio 2026, la Regione Emilia-Romagna, facendo tesoro dell'esperienza toscana e delle indicazioni della Corte costituzionale, ha approvato la legge n. 10/2026. Il testo normativo, in questo caso, si innesta su una disciplina regionale preesistente, poiché – come si ricorderà – questa Regione era stata tra le prime a dotarsi di una procedura uniforme, per mezzo di una deliberazione della Giunta regionale (si tratta della DGR Emilia-Romagna n. 194/2024, che ha istituito il Comitato Regionale per l'Etica nella Clinica, e della determinazione della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare n. 2596/2024, *Istruzioni tecnico-operative per la verifica dei requisiti previsti dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 e delle modalità per la sua applicazione*). Il dato non è affatto irrilevante, poiché la legge regionale, per stile e contenuti, richiama ampiamente i due atti precedenti.

Sebbene, infatti, l'impianto normativo segua il "modello" circolato in questi due anni in diversi consigli regionali, con sorti alterne, vi sono due elementi che lo differenziano dagli altri testi regionali.

Da un lato, come era naturale attendersi, la Regione Emilia-Romagna ha potuto "fare tesoro" dei rilievi espressi dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 204/2025. Sono quindi stati espunti i rigidi termini temporali censurati nella legge toscana, così come i riferimenti ai livelli di assistenza ulteriori o altre previsioni oggetto della precedente pronuncia.

Dall'altro lato, e in termini forse ancor più interessanti, in prospettiva, la legge emiliano-romagnola presenta un articolato livello di dettaglio nella regolazione della procedura, dell'iter valutativo e delle modalità di adozione e comunicazione della relazione conclusiva (si veda, a titolo esemplificativo, l'art. 8 che enuncia analiticamente i contenuti della relazione conclusiva della Commissione di valutazione e prevede anche le modalità di comunicazione della stessa). Questo è, con ogni probabilità, il portato delle delibere preesistenti, il cui contenuto è stato in larga parte trasposto nel testo normativo, sicu-

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw
ISSN 2284-4503

ramente con l'intento di assicurare una maggiore trasparenza dell'intero iter e una migliore conoscibilità della procedura per la popolazione e, in particolare, per i potenziali richiedenti. Complessivamente, si tratta di un aspetto che, lungi dall'inficiare in sé la legittimità dell'atto normativo, merita comunque di essere evidenziato, poiché costituisce un significativo elemento di differenziazione rispetto alle esperienze legislative regionali precedenti, già "vagliate" dal giudice delle leggi.

È notizia degli ultimi giorni quella relativa alla decisione del Governo di impugnare anche questo testo normativo. In base a quanto riportato nel testo del comunicato stampa che sintetizza i contenuti della seduta del Consiglio dei Ministri del 24 settembre 2026, si intende che il mandato affidato all'Avvocatura dello Stato escluda l'impugnazione dell'intero testo normativo, ma si orienti solo su alcune disposizioni, considerate in contrasto con le competenze statali in materia di ordinamento civile e penale e tutela della salute. Del resto, in ben due occasioni la Corte costituzionale ha già affermato che non è precluso l'intervento legislativo di carattere organizzativo regionale, rigettando le censure rivolte, rispettivamente, all'intero testo della legge toscana e a quello della legge sarda.

Sarà interessante, quindi, verificare nel dettaglio i termini del ricorso statale contro questa terza legge regionale sul suicidio medicalmente assistito e attendere, in seguito, la pronuncia della Corte costituzionale. Indipendentemente dai contenuti del ricorso, che al momento non sono ancora noti, vi sono tuttavia alcuni profili della disciplina che meritano particolare attenzione, in aggiunta alle tematiche già ampiamente affrontate: da un lato, la descrizione delle attività della Commissione di valutazione e, dall'altro lato, le modalità di espressione del parere la cui formulazione pare stridere con l'idea di una valutazione collegiale da parte della Commissione. L'art. 2, co. 5, prevede infatti che «La decisione di ciascun componente è espressa in forma palese», rendendo perciò la valutazione circa la sussistenza dei requisiti una sommatoria di singoli pareri, piuttosto che un'unitaria analisi multiprofessionale. Ugualmente, ci si potrebbe interrogare sulla tenuta, dal punto di vista del riparto costituzionale di competenze, della dettagliata descrizione dei passaggi della procedura: questo aspetto, pur assicurando una certa uniformità di trattamento a livello regionale, e contribuendo senz'altro alla trasparenza dell'iter, potrebbe determinare qualche vizio di legittimità, magari a causa di qualche eccesso nelle previsioni che potrebbe essere ricondotto, dalla Corte, a qualche reiterazione di espressione di principi fondamentali delle leggi dello Stato che, in base a un ormai consolidato orientamento giurisprudenziale sul punto, è completamente preclusa alle Regioni.

Frattanto, in maniera quasi inaspettata, in data 8 settembre 2026, il Consiglio regionale del Veneto ha approvato la propria legge recante le procedure per l'accesso al suicidio medicalmente assistito (la l.r. n. 17/2026), divenendo la quarta Regione a dotarsi di una disciplina in materia. Così come per l'Emilia-Romagna, anche il testo normativo veneto presenta alcuni significativi elementi di differenziazione dal progetto legislativo circolato inizialmente. In particolare, ciò che pare contraddistinguere significativamente questa disciplina riguarda, da un lato, la composizione della commissione (art. 2), con la previsione di ben otto professionisti a comporre il collegio, fra cui – come elemento di novità rispetto agli altri testi normativi – un bioeticista. Interessante appare anche la configurazione della costruzione della valutazione della Commissione: pur ribadendo (art. 2, co. 3) la natura collegiale del parere, il testo normativo prevede

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw
ISSN 2284-4503

che esso venga redatto previa acquisizione dei pareri dei singoli componenti, per gli aspetti di rispettiva competenza, fra i quali quello del medico palliativista assume un valore preponderante: qualora, infatti, la Commissione voglia discostarsene (art. 2, co. 4), dovrà motivare analiticamente le ragioni del proprio orientamento.

Ulteriore elemento di peculiarità della legge veneta riguarda il ruolo del Comitato Regionale per la Bioetica che, secondo quanto previsto dall'art. 3, co. 5, dovrebbe esprimere degli indirizzi di cui i Comitati etici per la Pratica Clinica aziendali, cui è attribuita la competenza per il parere bioetico richiesto dalla Corte costituzionale, dovranno tenere conto. Quanto meno a livello teorico, tale scelta può essere interpretata come un ulteriore presidio di garanzia dell'uniformità delle valutazioni sul territorio nazionale; nella portata applicativa, probabilmente, tale ruolo dovrà essere interpretato, dal Comitato regionale, nell'ottica di un ferreo rispetto dell'indipendenza di ciascun Comitato aziendale, nonché della specificità delle esperienze a livello territoriale.

Sempre con riguardo alla differenziazione regionale, appare significativa, anche in termini di attenzione alla persona e al suo vissuto, la previsione della possibilità di richiedere un percorso di sostegno psicologico e del corrispondente dovere dell'azienda sanitaria di erogarlo. Al contempo, si potrebbe esprimere qualche perplessità sulla finalizzazione del percorso stesso, mirato a «favorire la piena e consapevole valutazione delle alternative al suicidio medicalmente assistito». Sebbene sia prevista quale facoltà attivabile su richiesta dell'interessato, l'enfasi posta sulla conoscenza delle alternative, sommata alla previa verifica dell'attivazione del percorso di cure palliative o, in alternativa, all'informazione sulla possibilità di fruirne (art. 1, co. 2) restituisce l'immagine di un reiterato tentativo di orientare la volontà della persona che pare non del tutto compatibile con la tutela dell'autonomia individuale e del principio di autodeterminazione terapeutica che stanno a fondamento della relazione di cura, ma anche delle decisioni della Corte sul suicidio medicalmente assistito.

Questa rapida rassegna dimostra che le Regioni non si stanno limitando a replicare un modello; ciascuna sta progressivamente introducendo proprie modalità organizzative e la comparazione tra le soluzioni elaborate consente di individuare ciò che la Corte potrà qualificare come fisiologica differenziazione organizzativa e ciò che, invece, potrebbe eccedere la mera procedura e influire sugli aspetti sostanziali delle richieste di suicidio medicalmente assistito e sulla loro organizzazione.

Tornando alla metafora della partita di Mastermind, il confronto progressivo che va costruendosi tra le Regioni impegnate nella regolamentazione del suicidio medicalmente assistito e la Corte costituzionale corrisponde alla serie di ripetuti tentativi che portano uno dei due giocatori a decodificare la combinazione di colori scelta dall'altro. A ogni nuova mossa, lasciando fermi gli aspetti già decisi o risolti nelle precedenti pronunce, si mettono alla prova soluzioni leggermente diversificate, allo scopo di validarne la tenuta costituzionale.

L'interrogativo che, sul piano del riparto di competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria e, soprattutto, della definizione dei confini tra principi fondamentali e norme di dettaglio in quest'ambito, resta aperto riguarda l'individuazione di un effettivo limite alla possibilità di differenziazione regionale, senza che l'intera procedura per accedere al suicidio medicalmente assistito risulti snaturata. Di riflesso, non ci si può non chiedere sino a quale livello di

Downloaded from
https://teseo.unitn.it/biolaw
ISSN 2284-4503

dettaglio potrà spingersi l'intervento della Corte.

A questo proposito, va rilevato che, se continueranno le approvazioni di analoghe leggi regionali e, parallelamente, i ricorsi statali, la posizione della Corte diventerà sempre più delicata. Definiti i reciproci confini tra l'intervento statale e quello regionale, ogni aspetto di dettaglio potenzialmente declinabile dalle autonomie territoriali – come si è cercato di evidenziare in riferimento all'Emilia-Romagna e al Veneto – potrebbe diventare oggetto di ricorso, inducendo, di fatto, il giudice costituzionale a rifinire progressivamente le modalità di valutazione dei requisiti e dell'esecuzione, il ruolo del Comitato etico, le esigenze di uniformità territoriale, ecc. Questo potrebbe esporre la Corte a un ruolo ancor più delicato di quello sinora interpretato, con il rischio concreto di sforare ulteriormente le maglie del controllo di costituzionalità, per sconfinare nella definizione non solo della procedura, ma anche della sostanza dell'accesso al suicidio medicalmente assistito.

2. Quale spazio resta allora al legislatore statale?

Confermata la possibilità per le Regioni di emanare leggi per regolare l'accesso al suicidio medicalmente assistito, in assenza di una normativa statale (e in attesa di essa), rimane ora da chiedersi quale possa essere lo spazio residuo per l'intervento delle Camere, che continua, comunque, a essere sollecitato dal Giudice costituzionale.

Dinanzi ad una oggettiva difficoltà del legislatore statale di portare a conclusione il dibattito politico sulla materia, sgombrando il campo da rivendicazioni ideologiche, dopo che la quarta disciplina regionale è stata approvata e altre sono in corso di discussione nei rispettivi Consigli regionali, è più che ragionevole chiedersi quale sia il destino della disciplina del suicidio medicalmente assistito in Italia.

Il percorso intrapreso presenta sicuramente una serie di profili di interesse, quantomeno perché a distanza di venticinque anni dalla riforma del Titolo V della Costituzione, ha rimesso in moto la legislazione regionale in un ambito – quello sanitario – nel quale la giurisprudenza costituzionale ha a lungo valorizzato le esigenze di uniformità territoriale, a scapito degli slanci autonomistici. La catena che collega ora Toscana, Sardegna, Emilia-Romagna e Veneto (e alla quale, auspicabilmente, potrebbero aggiungersi anche altre realtà) indica che un regionalismo cooperativo può essere un'esperienza realizzabile in concreto e suggerisce di interrogarsi sulla possibilità di esportare questa esperienza, con i dovuti aggiustamenti, anche in altri ambiti bisognosi di regolamentazione.

D'altro canto, non si può non rimarcare l'esigenza di una cornice normativa statale che sia chiaramente identificabile. I principi fondamentali della materia che costituiscono oggi la cornice entro la quale la Corte ha riconosciuto la possibilità dell'intervento regionale vengono, infatti, desunti dalla legislazione statale vigente (l. n. 219/2017; l. n. 38/2010; l. n. 833/1978), letta alla luce della progressiva stratificazione della giurisprudenza costituzionale.

Un dato incontrovertibile riguarda comunque i fermi e reiterati moniti che la Corte ha rivolto al legislatore, il cui mancato seguito non può essere considerato in modo del tutto neutrale. Al riguardo, non pare appropriato riferirsi a un'inerzia – politicamente scelta o quantomeno consapevole – del legislatore statale, poiché qualche moto (sebbene privo di esito) si è comunque visto. Un primo tentativo – certamente problematico, ma quantomeno organico – c'era stato con l'approvazione in prima lettura alla

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw ISSN 2284-4503

Camera, il 10 marzo 2022, del c.d. disegno di legge recante *Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*, il cui iter al Senato non è però mai giunto a conclusione (Atto Senato n. 2553 della XVIII Legislatura).

Nella legislatura attuale, ugualmente, non mancano i disegni di legge presentati; alcuni di essi hanno anche iniziato l'iter, senza però riuscire a maturare sino a raggiungere il voto sui singoli articoli. Il problema, da quel punto di vista, riguarda il netto allontanamento dei contenuti del testo unificato, su cui paiono concentrarsi le attenzioni dei parlamentari, dai principi espressi dalla Corte costituzionale e dal quadro normativo preesistente. Senza entrare nel dettaglio delle disposizioni, da un lato, la previsione del previo obbligo di adesione o rifiuto del percorso di cure palliative (che rischia, nei fatti, di trasformare l'accesso alle cure palliative in una condizione obbligata per poter accedere alla procedura) e, dall'altro lato, l'affidamento della pratica al di fuori del perimetro del Servizio sanitario nazionale, ove effettivamente previsto, solleverebbero non poche perplessità (si veda la documentazione relativa all'Atto Senato n. 104 della XIX Legislatura, recante *Disposizioni in materia di morte medicalmente assistita*). Quest'ultimo aspetto si pone, in particolare, in contrasto con i principi affermati e reiterati dalla Corte costituzionale, oltre a costituire una chiara violazione del principio di eguaglianza nell'accesso alle cure.

Gli interventi regionali hanno però mutato in modo significativo il contesto attuale. Giunti a questo punto, si potrebbe sostenere che la questione attuale per il legislatore statale non riguardi (più) soltanto il *quomodo* dell'intervento, ma anche (e addirittura!) l'*an*. In altre parole, se prima dell'approvazione della legge della Regione Toscana e della sentenza n. 204/2025 della Corte costituzionale, si poteva sostenere che la via preferibile fosse comunque e soltanto quella di una legge organica del Parlamento, ora le cose paiono non stare più del tutto così.

Con quattro leggi regionali approvate, ormai, vi è chi potrebbe sostenere che sia venuta meno l'esigenza di un intervento normativo statale. Proceduralizzando le modalità di richiesta e di esecuzione del suicidio medicalmente assistito a livello regionale, si può ottenere il risultato minimo necessario: la certezza del diritto e l'effettività dei diritti.

Alcuni potrebbero ritenere che sia meglio percorrere una strada piana e sicura: l'approvazione da parte delle Camere di una legge di procedura, calcata sulla struttura e sui contenuti delle leggi regionali già approvate, adatta ad assicurare uniformità di trattamento alle persone richiedenti sul territorio nazionale e ai professionisti sanitari coinvolti nelle operazioni di verifica delle condizioni e di supporto nella fase esecutiva.

Una legge statale che si limitasse a fotografare e uniformare quanto già fatto dalle Regioni, senza affrontare le scelte sostanziali ancora aperte, sarebbe però una sconfitta. A parere di chi scrive, ciò costituirebbe un tradimento dello spirito democratico e pluralista dell'ordinamento costituzionale italiano. Una legge statale che si limitasse a trasporre in termini legislativi le soluzioni procedurali già sperimentate dalle Regioni potrebbe forse risolvere il problema dell'uniformità (ferma restando, comunque, la profonda differenza dell'organizzazione sanitaria regionale), ma lascerebbe irrisolto il problema più profondo: la necessità di affrontare, nelle sedi istituzionalmente a ciò deputate, un dibattito franco, maturo ed equilibrato intorno a una tematica (i.e. la decisione su come congedarsi dalla vita) che, più o meno direttamente, può toccare ogni persona.

Downloaded from
https://teseo.unitn.it/biolaw
ISSN 2284-4503

Le leggi regionali approvate e quelle in discussione hanno certamente un significato civico e politico utile e proficuo. Possono infatti contribuire a traghettare il Paese (e i suoi rappresentanti) verso il discernimento necessario ad affrontare un dibattito consapevole e non ideologico su queste tematiche, in modo da giungere, seguendo l'esperienza maturata con la legge n. 219/2017, a una legge statale organica che, senza strappi ideologici, possa regolare la *morte medicalmente assistita*, eliminando eventuali terreni di incertezze interpretative o situazioni potenzialmente discriminatorie.

Il legislatore statale dovrebbe, in altre parole, avere il coraggio di regolare queste tragiche ed estreme scelte di fine vita uscendo dallo stretto perimetro della vicenda di Fabiano Antoniani (a partire dalla quale la Corte costituzionale ha ritagliato quel circoscritto perimetro di non punibilità del suicidio medicalmente assistito), per riconoscere come la medicina contemporanea possa accompagnare la dignità della persona che lo richieda secondo modalità appropriate ed adeguate ad una società caratterizzata da uno spiccato avanzamento tecnologico e da un assetto valoriale fondato sul riconoscimento e la promozione del pluralismo.

3. Il requisito del trattamento di sostegno vitale

Il problema della frammentazione normativa e della progressiva costruzione giurisprudenziale della disciplina del suicidio medicalmente assistito emerge con particolare evidenza nel passaggio dalla necessaria regolamentazione della procedura alla definizione dei requisiti sostanziali per accedervi. Fra questi, quello della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale rappresenta probabilmente il terreno sul quale le tensioni fra valutazione clinica, tutela dell'autodeterminazione della persona ed esigenze di uniformità si manifestano più nettamente. È proprio nella concretezza dei casi, infatti, che uno dei quattro requisiti elaborati dalla Corte costituzionale per delimitare il perimetro della non punibilità rischia di essere valutato in maniera differente e portare a esiti diversi, anche a fronte di situazioni cliniche analoghe.

Sino a che il quadro complessivo non cambierà per effetto dell'intervento del legislatore statale, o fino a un (sinora inatteso, vista la recente sentenza n. 152/2026) *revirement* della Corte costituzionale, le richieste di suicidio medicalmente assistito devono essere valutate sulla base dei quattro criteri enucleati dalla Corte nella sentenza n. 242/2019.

Fra questi, il requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale è quello che, fin da subito, ha generato problematiche interpretative, proprio in considerazione della particolarità delle condizioni delle persone che presentano la richiesta di suicidio medicalmente assistito e delle estreme condizioni di sofferenza in cui versano alcuni malati che, tuttavia, non soddisfano (ancora) tale requisito. In particolare, anche rispetto alla comparazione con altri ordinamenti, appare particolarmente critica la situazione dei pazienti oncologici terminali, per i quali non vi è indicazione di trattamenti di sostegno vitale e il percorso di fine vita può tuttavia essere caratterizzato da sofferenze intollerabili.

Sebbene in questi anni gli sforzi interpretativi della Corte costituzionale abbiano talora superato quanto era prevedibile attendersi, è necessario che vi sia perlomeno l'indicazione terapeutica a intraprendere un trattamento per poter ritenere soddisfatto, insieme agli altri, questo requisito e, quindi, accogliere una richiesta di suicidio medicalmente assistito.

Downloaded from https://teseo.unitn.it/biolaw
ISSN 2284-4503

La situazione che si è venuta a creare non va sottovalutata, poiché l'apertura che la Corte ha assicurato con le sentenze 135 del 2024, 66 e 132 del 2025 e, da ultimo, 152 del 2026 richiede alle commissioni tecniche di svolgere valutazioni e ponderazioni non semplici. In particolare, in assenza di dipendenza da un macchinario, le persone potrebbero comunque necessitare di procedure «in concreto necessarie ad assicurare l'espletamento di funzioni vitali del paziente, al punto che la loro omissione o interruzione determinerebbe prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo» (Corte costituzionale, sentenza 132/2025). In quell'occasione, la Corte aveva indicato, a titolo esemplificativo, alcuni interventi (l'evacuazione manuale dell'intestino del paziente, l'inserimento di cateteri urinari o l'aspirazione del muco dalle vie bronchiali) che rientravano in tale categoria. Lasciando alla valutazione caso per caso da parte della commissione tecnica, i giudici costituzionali hanno affidato un ampio margine valutativo alle commissioni che si traduce, inevitabilmente, in una percezione di incertezza da parte dei professionisti coinvolti, profilo che rischia di condurre a letture restrittive e prudenziali del requisito.

Oltre ad andare a scapito – ancora una volta – delle persone richiedenti, questo atteggiamento conduce a interpretazioni e trattamenti profondamente diversificati: la stessa persona potrebbe vedere la propria richiesta accolta in un certo contesto, mentre un altro paziente, nella medesima situazione clinica, potrebbe ricevere un diniego, poiché la commissione di riferimento potrebbe adottare un'interpretazione più restrittiva dei criteri indicati dalla Corte.

Di fronte alla drammaticità dei percorsi di vita e di malattia delle persone richiedenti e al quadro normativo ad alta proceduralizzazione che va delineandosi, ben si comprende quanto appaia dissonante l'affidare alla valutazione caso per caso l'interpretazione della sussistenza di un requisito che determina la possibilità di accedere o meno al suicidio medicalmente assistito.

Quali possono essere, di fronte a una situazione di incertezza complessiva come quella venutasi a creare, le possibili soluzioni operative, in attesa di un auspicato intervento del Parlamento?

Probabilmente le società scientifiche o la Federazione nazionale dell'Ordine dei medici potrebbero assumere un ruolo significativo in questa fase, elaborando linee guida orientative per la valutazione in concreto del requisito del trattamento di sostegno vitale. Ciò potrebbe altresì rappresentare un'autorevole base di partenza per costruire dal basso, ossia a partire dalle istanze dei professionisti direttamente coinvolti, quella riflessione consapevole che prelude ad una regolamentazione equilibrata di una materia tanto delicata. Pur non essendo un'operazione completamente scevra di criticità, inoltre, un documento del genere potrebbe assicurare – almeno – una certa uniformità di trattamento delle persone richiedenti sul territorio nazionale.

Downloaded from
https://teseo.unitn.it/biolaw
ISSN 2284-4503