GIUSTIZIA INSIEME

Costituzione e carta dei diritti fondamentali

I limiti del potere legislativo regionale in materia di aiuto al suicidio

di Gabriella Luccioli

21 settembre 2026

---

1. Con la recentissima legge 8 settembre 2026, n. 17 anche la Regione Veneto ha dettato una propria normativa sulle "procedure per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito". Dopo la Toscana, che ha fatto da apripista, la Sardegna e l'Emilia-Romagna, anche il Veneto ha ritenuto indifferibile l'esigenza di adottare una disciplina in materia. E la circostanza che si tratti della prima Regione governata dalla destra sta a dimostrare non solo che su tematiche che attengono alla vita, alla dignità e al dolore delle persone non vi è spazio per contrapposizioni politiche, ma anche che la sensibilità e il rispetto verso le scelte estreme del malato sono ampiamente acquisiti nella coscienza sociale. Ed è proprio questa ormai diffusa consapevolezza che sollecita iniziative delle Regioni destinate ad incrementarsi nel tempo: i media ci informano che in Piemonte sta per essere presentata da più forze politiche una proposta di legge, mentre la Regione Umbria ha in corso di esame una proposta di iniziativa popolare presentata il 17 settembre 2025. Numerose altre Regioni hanno avviato un percorso di regolamentazione legislativa o hanno adottato atti di indirizzo per l'applicazione all'interno del SSN della sentenza della Consulta n. 242 del 2019. È prevedibile che il proliferare di interventi siffatti, orgogliosamente rivendicati come espressivi di sensibilità istituzionale, varrà a ridurre gli attuali fenomeni di mobilità sanitaria.

La disciplina veneta, così come le altre normative regionali che l'hanno preceduta, non intende dettare principi, ma regolare un percorso, nel rispetto delle indicazioni contenute nella

richiamata sentenza n. 242 del 2019 della Corte Costituzionale, prevedendo verifiche e interventi volti a delineare compiutamente la procedura da adottare.

2. È acquisizione pacifica che in materia di fine vita la competenza regionale è limitata all'introduzione di norme che diano attuazione sul piano organizzativo al suicidio assistito, nel rispetto delle leggi statali vigenti e dei principi affermati dalla Corte Costituzionale**[1]**. Ciò che le Regioni non possono fare è dettare norme che investano le scelte di fondo riservate al legislatore o le condizioni di accesso ai trattamenti sanitari, introducendo condizioni legittimanti aggiuntive. È pertanto il carattere di normativa di dettaglio, volta soltanto a regolare la fase organizzativa del servizio, con l'esclusione di ogni disposizione diretta ad incidere anche indirettamente sull'esistenza e sulla tutela concreta dei diritti in gioco, che legittima l'intervento regionale.

Tale linea di demarcazione, chiara sul piano astratto e ben presente anche nelle richiamate leggi regionali, che hanno adottato titolazioni coerenti con detta impostazione ed hanno dichiarato nei loro primi articoli di voler definire tempi e modalità organizzative per l'erogazione dei trattamenti di aiuto al suicidio, è tutt'altro che nitida in concreto, attesa la idoneità di singole disposizioni in apparenza di dettaglio ad avere ricadute sul piano della effettività della tutela dei diritti.

Ciò dà ragione dell'analitico esame svolto dalla Corte costituzionale nelle sentenze n. 204 del 2025 e n. 148 del 2026 – l'una riguardante la legge della Regione Toscana 14 marzo 2025, n. 16 e la seconda quella della Regione Sardegna 18 giugno 2025, n. 26 – delle disposizioni in dette leggi contenute e della pronunzia di incostituzionalità di singole previsioni, per la loro incidenza sui principi generali.

Va al riguardo rilevato che entrambe le pronunzie, con motivazioni in qualche misura sovrapponibili, hanno respinto le censure di incostituzionalità delle intere normative regionali, affermando che esse afferiscono alla materia della *tutela della salute*, oggetto di competenza legislativa concorrente ai sensi del terzo comma dell'art. 117 Cost., il cui esercizio non è precluso dalla mancata approvazione da parte dello Stato di una legge che disciplini in modo organico l'accesso alla procedura medicalizzata di assistenza al suicidio. Inoltre esse hanno negato la violazione della competenza statale esclusiva in materia di ordinamento penale, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lett. l) Cost., non incidendo quelle leggi su alcuna fattispecie penale e non modificando l'area di non punibilità delle condotte astrattamente riconducibili all'aiuto al suicidio. Hanno altresì escluso che esse abbiano sconfinato nelle materie riservate alla competenza esclusiva dello Stato sull'ordinamento civile e sui livelli essenziali di assistenza, ex

art. 117, secondo comma, lett. m) Cost., non configurando nuovi diritti della persona e non sovrapponendosi indebitamente alla disciplina statale in ordine alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali.

Esse hanno inoltre chiarito che in difetto di una normativa statale i principi disciplinanti la materia vanno identificati in quelli dettati dalla stessa Corte costituzionale nei suoi precedenti interventi, a partire da quello n. 242 del 2019. E dunque le leggi regionali non si muovono in una situazione di *vuoto normativo,* ma trovano nella legislazione nazionale, come incisa dalle pronunce di incostituzionalità, il loro elemento di raffronto in termini di compatibilità costituzionale. Ne consegue che proprio da dette pronunce di incostituzionalità, in mancanza di una legge statale, vanno espunti i principi fondamentali per vagliare la costituzionalità delle leggi regionali: sono pertanto i principi, e non le regole, in difetto di una legge scritta che le contempli, a delineare il quadro di riferimento ai fini del giudizio di costituzionalità.

La Corte costituzionale ha peraltro precisato che la riconducibilità del tema della *tutela della salute* a materia di competenza legislativa concorrente non escludeva e non esclude che singole disposizioni della normativa regionale invadano sfere riservate alla legislazione statale, in quanto incidenti sull'estensione concreta dei diritti personalissimi in gioco, e quindi sulla materia dell'ordinamento civile.

Sulla base di tali rilevi la Consulta ha svolto una certosina disamina delle singole disposizioni contenute nei testi regionali, all'esito della quale, pur salvando gli articolati nel loro complesso, ha dichiarato l'incostituzionalità di quelle previsioni ritenute capaci di incidere – ad esempio limitando i requisiti per l'accesso all'aiuto o fissando termini stringenti per lo svolgimento del procedimento di verifica del possesso dei requisiti stessi – sull'esistenza o sull'effettiva tutela dei diritti del malato, così da modificare gli stessi principi fondamentali stabiliti a livello costituzionale.

Ne è derivata una caducazione di gran parte delle disposizioni delle leggi regionali in discorso che, attraverso una motivazione non sempre convincente e non sempre coerente con le affermazioni contenute nella prima parte delle stesse sentenze, non giova certamente alla chiarezza ed alla puntuale definizione dei rapporti tra legislazione nazionale ed autonomia regionale e tanto meno risponde all'esigenza di uniformità delle garanzie sul territorio nazionale.

Se pure la Corte ha riconosciuto un importante spazio di intervento alle Regioni nel disciplinare sul piano organizzativo la materia dell'aiuto al suicidio, uno spazio del quale alcuni

costituzionalisti non hanno mancato di sottolineare subito la rilevanza[2], tuttavia la molteplicità e l'ampiezza contenutistica dei principi dettati dai richiamati interventi della Consulta ha comportato una corrispondente contrazione degli spazi occupabili dalla legislazione regionale, come dimostra la pluralità delle disposizioni o dei frammenti normativi caducati dalle statuizioni di incostituzionalità (sia nella legge regionale della Toscana che in quella della Sardegna solo 4 articoli su 9 si salvano dalle amputazioni della Corte).

Non v'è chi non veda che a seguito di tali interventi del giudice costituzionale le leggi regionali risultano in qualche misura svuotate o quanto meno gravemente mutilate nel loro impianto complessivo e ridimensionate nelle loro finalità, tanto da far dubitare della loro persistente capacità di realizzare lo scopo per il quale erano state introdotte[3].

E non è difficile prevedere che analoga sorte subiranno le altre leggi regionali già approvate o da approvare.

3. In conclusione, se le varie iniziative a livello regionale dirette a disciplinare la materia sono da apprezzare per lo spirito che le anima e per il ruolo propulsivo che possono svolgere nei confronti di un legislatore statale distratto, esse sembrano tutt'altro che risolutive del problema, ma anzi capaci di complicare ulteriormente un quadro normativo già di per sé frammentato e complesso. Prescindendo dalle perplessità che può suscitare la previsione di procedure diversificate secondo il luogo in cui si vive, di tempi di attesa diversi, di modalità di assistenza differenziate, è evidente che il proliferare di interventi normativi delle Regioni determinerà un mosaico di discipline di dettaglio che renderà ancor più inaccettabile l'assenza di un sistema legislativo generale.

Tale assenza assume connotati di particolare gravità su alcuni punti essenziali, che non sembra inutile qui sinteticamente richiamare.

Va innanzi tutto chiarita la questione della sussistenza di un *diritto,* azionabile in quanto tale, all'aiuto al suicidio[4]: di un diritto siffatto le sentenze n. 242 del 2019, n. 135 del 2024 e n. 66 del 2025, ampiamente richiamate dalla più recente pronunzia n. 152 del 2026, sembra abbiano negato l'esistenza, lì dove hanno parlato di *richiesta* di aiuto, in presenza di specifiche situazioni fattuali, lasciando al medico la facoltà di *esaudirla*, così riducendo la possibilità di morire in modo conforme alle proprie scelte individuali tramite l'aiuto di terzi a mera libertà di esprimere un'istanza non vincolante. L'esclusione di un diritto siffatto sembra desumibile anche dal passaggio in cui sia l'ordinanza n. 207 del 2018 sia la sentenza n. 242 del 2019 hanno affermato che il «coinvolgimento in un percorso di cure palliative deve costituire un prerequisito della

scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente».

È bensì vero che la sentenza n. 132 del 2025 sembra riconoscere l'esistenza di un diritto a morire, tutelabile in via cautelare ai sensi dell'art. 700 c.p.c., lì dove per la prima volta fa riferimento al *diritto* di accedere alla procedura ed afferma che la persona rispetto alla quale sia stata positivamente accertata la sussistenza di tutte le condizioni indicate nella sentenza n. 242 del 2019 e precisate nella sentenza n. 135 del 2024 «ha una situazione soggettiva tutelata, quale sostanziale proiezione della sua libertà di autodeterminazione, e segnatamente ha diritto di essere accompagnata dal SSN nella procedura di suicidio medicalmente assistito», ma è altrettanto vero che inquadrare il diritto all'aiuto come consequenziale proiezione della libertà di autodeterminazione non vuol dire riconoscere il diritto di autodeterminazione piena, nelle condizioni date, nelle scelte di fine vita**[5]**.

È evidente che si tratta di un punto fondamentale, da precisare in termini di assoluta chiarezza da parte del Parlamento, che dovrebbe anche darsi carico, in ipotesi, di garantire l'effettività della tutela del diritto in discorso.

Come appare evidente, se non si chiarirà questo punto le Regioni potranno dare seguito alla procedura di accesso solo in caso di spontanea adesione da parte delle strutture sanitarie alla *richiesta* di aiuto da parte del malato.

È necessario altresì stabilire a livello di legislazione nazionale se le quattro condizioni la cui concorrente presenza legittima la richiesta di assistenza al suicidio siano tassativamente poste o siano solo il punto di partenza per successive aperture, così come è necessario fornire elementi di chiarezza sul concetto di *trattamenti di sostegno vitale*: è appena il caso di far cenno in questa sede al dibattito sorto in giurisprudenza circa la natura di detti trattamenti ed alla recente inclusione in detta categoria anche di trattamenti farmacologici o assistenziali indispensabili alla sopravvivenza**[6]**.

Ed ancora va dettata sempre in sede nazionale una compiuta regolamentazione dell'*obiezione di coscienza* da parte del personale sanitario, che la Corte Costituzionale non ha mancato di far salva, pur sommariamente evocandola. È evidente la necessità di disciplinare l'istituto in via generale con riguardo ai soggetti legittimati, ai tempi e alle modalità della relativa dichiarazione, alla necessità di predisporre misure alternative all'interno della struttura sanitaria, dirette ad evitare che massicci ricorsi all'obiezione rimettano sostanzialmente nelle mani dei medici la tutela del diritto.

Infine occorre che il legislatore statale abbia cura di coordinare l'attività di aiuto con l'offerta di cure palliative, che nell'ordinanza n. 207 del 2018 e poi nella sentenza n. 242 del 2019 è stata definita, come già ricordato, *un prerequisito della scelta,* della cui natura e portata correttamente le leggi regionali in esame non si occupano.

In conclusione, soltanto il responsabile intervento del Parlamento potrà definire il quadro normativo in modo coerente, chiaro ed organico, effettuando i necessari bilanciamenti tra i valori in gioco, ponendo rimedio al descritto contesto di tensione tra Stato e Regioni e facendo fronte alle molte incertezze che ne sono derivate.

[1] Sulla competenza regionale in materia di fine vita v., tra gli altri, P.F. Bresciani, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita. Uno studio su autonomia regionale e prestazioni sanitarie eticamente sensibili*, «Corti supreme e salute», 2024, 1; L. Busatta, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, «Osservatorio AIC», 2024, p.170; A. Candido, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni*, «Consulta online», 2024, 3, p.989; A. Costantini, *Il "soccorso di necessità" delle regioni in materia di morte medicalmente assistita. I confini penalistici di un intervento costituzionalmente ammissibile,* «La legislazione penale», 15 marzo 2025; R. D'Andrea, *Autonomia regionale e fine vita. Brevi riflessioni a margine di Corte cost., sent. n. 204 del 2025*, «Sistema penale», 2006, 5, p.5; 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*, «Gruppo di Pisa», 2023, 1, p. 93; G.M. Racca, voce *Salute,* in *Enc. dir. (I tematici),* vol.III, 2022, p. 1006; 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*, «Consulta online», 2024, 1, p. 72; O. Spataro, *Lo statuto giuridico del fine vita tra giurisprudenza costituzionale e legislazione regionale,* «dirittifondamentali.it», 7 aprile 2025.

[2] Così A. Ruggeri, *La " regionalizzazione" della disciplina del fine-vita: un bicchiere mezzo pieno per le fonti di autonomia e mezzo vuoto per la Costituzione (a prima lettura di Corte cost. n. 204 del*

2025), «Consulta online», 3 gennaio 2026.

[3] V. sul punto A. Scalera, ***La Corte costituzionale ritorna sul " fine vita": una "mezza vittoria " o un passo indietro?***, «Giustizia Insieme», 29 gennaio 2026.

[4] Sia consentito il riferimento sul punto a G. Luccioli, ***Gli equilibrismi della Corte costituzionale e della giurisprudenza di merito sul "diritto" all'aiuto al suicidio. E il Parlamento latita…***, «Giustizia Insieme», 27 ottobre 2025.

[5] Cfr. ancora al riguardo Luccioli, *loc.cit.*

[6] V. sul punto Corte cost. 2024 n. 135; 2025 n. 66.