



GIULIASERENA STEGHER*

IL RUOLO DEI “SUPPLENTI” DI FRONTE ALLA PERDURANTE INERZIA DEL LEGISLATORE IN TEMA DI FINE VITA**

Abstract [It]: Il presente contributo si pone l’obiettivo di indagare il ruolo dei comitati etici territoriali, chiamati in causa proprio dalla Corte costituzionale italiana nella sent. n. 242/2019. Tenendo in considerazione la relazione del Presidente Barbera sulla giurisprudenza costituzionale, si vuole rimarcare la perdurante inerzia del legislatore italiano che a distanza di cinque anni ancora non è intervenuto per disciplinare il complesso tema del “fine vita”.

Abstract [En]: This paper deals with the role of the territorial ethical committees involved by the Italian Constitutional Court in sentence no. 242/2019. Starting from Chief Justice Barbera’s report on constitutional jurisprudence, the aim is to highlight the persistent inertia of the Italian Parliament, which has still not regulated the complex issue of the “end of life”.

Parole chiave: eutanasia; decisioni di fine vita; legislazione; Corte costituzionale; comitati etici territoriali

Keywords: euthanasia; end-of-life decisions; legislation; Constitutional Court; territorial ethical committees

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Riflessioni sul ruolo dei Comitati etici territoriali. – 3. I Comitati etici territoriali al banco di prova di due casi concreti. – 4. Il ruolo di supplenza della Corte Costituzionale. – 5. Il ruolo di supplenza delle regioni. – 6. Differenze tra organi collegiali: i comitati etici regionali e i comitati per l’etica nella clinica. 7. Conclusioni.

* Assegnista di ricerca in Diritto costituzionale – Università degli studi di Urbino Carlo Bo.

** Contributo sottoposto a peer review.

1. Premessa

Come ogni anno, sotto la Presidenza di turno della Corte costituzionale, è stato presentato il “dossier” che ricostruisce la complessa attività e degli indirizzi giurisprudenziali della Corte dell’ultimo anno.

Il lunghissimo documento, che tiene conto delle 229 decisioni del 2023 – di cui 180 sentenze e 49 ordinanze –, è stato presentato lo scorso 18 marzo dal Presidente Augusto Barbera.

Nella sua relazione, il Presidente, che ha evidenziato innanzitutto una lieve flessione del numero delle ordinanze di rimessione nel 2023 in tendenza con gli ultimi anni, ha escluso che a questo decremento corrisponda “un effettivo allentamento delle problematiche costituzionali poste all’attenzione delle magistrature”¹. Tale andamento è stato letto in una logica diametralmente opposta, tale per cui, tenuta in considerazione l’importanza di alcune problematiche, “è possibile riscontrare la formazione di orientamenti di giurisprudenza, più o meno episodici, che, attraverso una attività interpretativa orientata direttamente ai valori costituzionali (o ritenuti tali), finiscono per risolversi in una più o meno grave disapplicazione di disposizioni legislative, persino da parte di giurisdizioni superiori”².

Rimarcando il ruolo e la rilevanza delle decisioni assunte nelle sedi parlamentari, espressione della sovranità popolare, il Presidente Barbera non ha mancato di sottolineare l’importanza di una leale collaborazione tra il Parlamento, che ha il compito di legiferare, e la Corte costituzionale, cui spetta invece il compito di far rispettare i principi costituzionali. A tal ragione, a fronte di una persistente inerzia legislativa su alcune tematiche, “la Corte... non può tuttavia rinunciare al proprio ruolo di garanzia, che include anche il compito di accertare e dichiarare i diritti fondamentali reclamati da una ‘coscienza sociale’ in costante evoluzione”³.

Nonostante l’implementazione delle tipologie decisorie e degli strumenti cui la Corte ha fatto ricorso nei suoi quasi 70 anni di attività, si deve – con rammarico – evidenziare come “nei casi più significativi il legislatore” non sia intervenuto “rinunciando a una prerogativa che ad esso compete”. Tale atteggiamento remissivo, se non addirittura omissivo, del Parlamento si è registrato proprio in tema di fine vita, portando la Corte “a procedere con una propria e autonoma soluzione, inevitabile in forza dell’imperativo di osservare la Costituzione”.

Nella conferenza a margine della relazione, il Presidente Barbera ha risposto ad alcune domande, ponendo in luce come in tema di fine vita stia emergendo non tanto un ruolo di tralascia supplezza della Corte costituzionale, quanto invece una chiara supplezza delle Regioni.

È notizia di questi ultimi mesi che, da un lato, è stata proposta una questione di legittimità costituzionale, mentre, dall’altro, alcune regioni italiane hanno tentato o stanno tentando di

¹ Relazione del Presidente della Corte costituzionale - Professore Augusto Antonio Barbera, Roma, 18 marzo 2024, cit. p. 6.

² Relazione del Presidente della Corte costituzionale, cit. p. 6.

³ Relazione del Presidente della Corte costituzionale, cit. p. 13.

approvare un testo standard comune elaborato e promosso dall'Associazione Luca Coscioni.

Nel primo caso, con riferimento a un nuovo procedimento a carico di Marco Cappato e altri due soggetti, che hanno contribuito ad accompagnare un uomo affetto da sclerosi multipla in una clinica svizzera per praticare il suicidio assistito, il Giudice per le Indagini Preliminari del Tribunale di Firenze ha sollevato proprio davanti alla Corte costituzionale una questione di legittimità costituzionale dell'articolo 580 codice penale, per contrasto con gli articoli 2, 3, 13, 32 e 117 della Costituzione e con gli articoli 8 e 14 della Convenzione EDU.

Nel frattempo, se la legge di iniziativa popolare presentata al Consiglio regionale Veneto non è stata approvata per il mancato raggiungimento dei voti necessari⁴, in Emilia-Romagna, Abruzzo e Piemonte sono stati trasmessi i documenti ai rispettivi organi di garanzia statutaria affinché questi possano assumere una decisione sull'ammissibilità delle proposte di iniziativa popolare⁵.

A fronte di tali novità, sebbene le questioni centrali nell'alveo del più generale tema "fine vita" siano davvero tante, si vuole però sin da subito chiarire l'obiettivo principale del presente lavoro, ossia quello di analizzare il ruolo dei Comitati etici regionali chiamati in causa dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242/2019.

È sembrato infatti funzionale agli obiettivi di questo scritto cercare di comprendere al meglio, nelle more dell'auspicata approvazione di una disciplina organica, a chi effettivamente possa essere delegata la funzione di controllo quando si tratta di affrontare problemi di natura etica in ambiti così sensibili e ove i diritti degli individui devono trovare adeguata protezione e tutela.

2. Riflessioni sul ruolo dei Comitati etici regionali

⁴ Il 16 gennaio 2024 il Consiglio regionale del Veneto ha discusso e votato la proposta. Per l'approvazione era necessario raggiungere la maggioranza assoluta (26 voti a favore). A causa di una spaccatura interna nella maggioranza e di una astensione di una consigliera di opposizione (l'astensione è considerata voto contrario), i 25 voti a favore non sono stati sufficienti e, pertanto, la legge non è stata approvata.

⁵ Si v. "Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza n. 242/19 della Corte costituzionale, ai sensi dell'art. 6, comma 1 della legge regionale n. 34/1999 e successive modificazioni". La Consulta di garanzia statutaria dell'Emilia-Romagna, sottolineando come la sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 sia considerata dalla dottrina immediatamente applicabile ("decisione «self-executing», sentenza di «accoglimento parziale che cela una additiva», o additiva *tout court*"), ha ritenuto che nella sentenza della Corte non sia configurabile un diritto a essere aiutati a morire da parte del Servizio sanitario nazionale, quanto piuttosto "un diritto a darsi la morte ottenendo da una struttura pubblica del Ssn l'accertamento dei presupposti per la non punibilità (dell'aiuto al suicidio), quello dell'idoneità del farmaco e più in generale l'accertamento delle modalità di esecuzione". Si v. la decisione, specialmente il considerato in diritto, parr. 8 e 12. Anche la Commissione di garanzia della regione Piemonte si è espressa – a maggioranza – a favore rispetto all'ammissibilità della proposta di legge regionale di iniziativa popolare avente ad oggetto "Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019. Il parere è disponibile al seguente link: https://www.cr.piemonte.it/dwd/organismi/comm_garanzia/pareri/2023/parere_n_1.pdf. Non da ultimo, dello stesso avviso il Collegio di garanzia statutaria della regione Abruzzo, che si è espresso favorevolmente, pronunciandosi per l'ammissibilità della proposta di iniziativa legislativa popolare ai sensi dell'articolo 31 dello Statuto della Regione Abruzzo e della L.R. n. 44 del 19.12.2007 recante: Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019.

In tempi recenti, la Corte costituzionale italiana è entrata nel merito delle questioni del “fine vita” e del suicidio assistito con riguardo alla vicenda processuale del caso di Fabiano Antoniani (cd. “caso Cappato”). In quella occasione, la Corte è intervenuta in due momenti diversi e con due pronunce differenti, su cui la dottrina si è ampiamente espressa: dapprima con l’ordinanza 207 del 2018⁶ e, successivamente, con la sentenza n. 242 del 2019⁷.

In attesa di una organica e sistematica declinazione legislativa da parte del Parlamento, che a distanza di 5 anni ancora non è riuscito ad approvare, un elemento degno di particolare interesse è la soluzione transitoria individuata dalla Corte.

Il Giudice delle leggi, nella sent. 242/2019, ha infatti devoluto l’intervento a un organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze, chiamato a garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità.

A questo punto, vi è da interrogarsi su quale sia il ruolo dei comitati etici regionali chiamati in causa proprio dalla Corte costituzionale.

Sulla scia dell’istituzione del Comitato nazionale di bioetica⁸, nel corso del tempo si è scelto di creare organismi simili dislocati sul territorio. Questi sono stati istituiti con

⁶ Il c.d. “caso Cappato” ha generato nella dottrina costituzionalistica (ma non solo) un acceso dibattito. *Ex multis*, si cfr. U. ADAMO, *La Corte è ‘attendista’ ... «facendo leva sui propri poteri di gestione del processo costituzionale»* (ord. n. 207/2018), in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 23 novembre 2018; P. CARNEVALE, *Incappare...in Cappato. Considerazioni di tecnica decisoria sull’ordinanza n. 207 del 2018 della Corte costituzionale*, in *Consulta Online*, n. 2, 2019, pp. 370-385; M. D’AMICO, *Sulla (il)legittimità costituzionale della norma penale che incrimina l’istigazione al suicidio: alcune considerazioni critiche a margine del caso Cappato*, in *www.giurispudenzapenale.com*, 2017, pp. 1-17; A. MORRONE, *Il caso cappato davanti alla Corte costituzionale. Riflessioni di un costituzionalista*, *Intervento al seminario su Il caso Cappato davanti alla Corte costituzionale*, in *www.forumcostituzionale.it*, 2018, pp. 3-12; C. PANZERA, *L’ordinanza “una e trina”*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 7 giugno 2019; G. RAZZANO, *La Corte costituzionale sul caso Cappato: può un’ordinanza chiedere al Parlamento di legalizzare il suicidio assistito?*, in *Diritti fondamentali*, 1/2019 e *id*, *Le discutibili asserzioni dell’ordinanza Cappato e alcuni enormi macigni*, in *Forum di Quaderni costituzionali*; A. RUGGERI, *Replicato, seppur in modo più cauto e accorto, alla Consulta lo schema della doppia pronuncia inaugurato in Cappato (nota minima a margine di Corte cost. n.132 del 2020)*, in *Consulta Online*, n. 2, 2020, pp. 406-407; *ID*, *Venuto alla luce alla Consulta l’irrocervo costituzionale (a margine della ordinanza n. 207 del 2018 sul caso Cappato)*; *ID*, *Pilato alla Consulta: decide di non decidere, perlomeno per ora... (a margine di un comunicato sul caso Cappato)*, entrambi in *Consulta Online*, n. 3/2018; M. RUOTOLO, *L’evoluzione delle tecniche decisorie della Corte costituzionale nel giudizio in via incidentale. Per un inquadramento dell’ord. n. 207 del 2018 in un nuovo contesto giurisprudenziale*, in *Rivista AIC*, n. 2, 2019, pp. 645-665; C. TRIPODINA, *Quale morte per gli “immersi in una notte senza fine”?* *Sulla legittimità costituzionale dell’aiuto al suicidio e sul “diritto a morire per mano di altri?”*, in *Biolaw Journal*, n. 3, 2018, pp. 139-145.

⁷ P. CARETTI, *La Corte costituzionale chiude il caso Cappato ma sottolinea ancora una volta l’esigenza di un intervento legislativo in materia di “fine vita”*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 1, 2020; C.B. CEFFA, *Obiezione di coscienza e scelte costituzionalmente vincolate nella disciplina sul “fine vita”: indicazioni e suggestioni da una recente giurisprudenza costituzionale*, in *Nomos*, n. 1, 2021; N. COLAIANNI, *L’aiuto al suicidio tra Corte costituzionale 242/2019 e BundesVerfassungsgericht*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, 6/2020; M. PANEBIANCO, *Il seguito dall’ordinanza super monitoria della Corte costituzionale n. 207 del 2018: la sentenza di colegislazione n. 242 del 2019* in *Nomos*, n. 3, 2019; G. RAZZANO, *Nessun diritto di assistenza al suicidio e priorità per le cure palliative, ma la Corte costituzionale crea una deroga all’inviolabilità della vita e chiama «terapia» l’aiuto al suicidio*, in *Diritti fondamentali*, 1/2020; F. PATERNITI, *La Corte ‘pedagogista’ di un legislatore colpevolmente inerte* e A. PATANÈ, *Sentenza Cappato-Antoniani e diritto alla vita: un “testamento costituzionale” al legislatore che non ha ancora trovato un esecutore*, entrambi in *Federalismi.it*, n. 34, 2020; A. RUGGERI, *Rimosso senza indugio il limite della discrezionalità del legislatore, la Consulta dà alla luce la preannunciata regolazione del suicidio assistito (a prima lettura di Corte cost. n. 242 del 2019)*, in *Giustizia Insieme*, 27 novembre 2019. Si vedano poi i contributi di 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*; O. CARAMASCHI, *La Corte costituzionale apre al diritto all’assistenza nel morire in attesa dell’intervento del legislatore (a margine della sent. n. 242 del 2019)*; M. D’AMICO, *Il “fine vita” davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019)*.

⁸ L’esigenza di dare risposta al rapido progresso nei campi della scienza, della medicina e alle crescenti possibilità di manipolare la vita umana (e non solo) ha portato in Europa all’istituzionalizzazione delle riflessioni della bioetica tramite la costituzione di istituti e associazioni preposti, comitati etici per consulenze specifiche, legati alle Università

Decreto Ministeriale 18 marzo 1998 (recante linee guida di riferimento per l'istituzione e il funzionamento dei comitati etici) e la loro attività è stata poi oggetto di maggiori specificazioni (Circolare ministeriale n. 6 del 2 settembre 2002)⁹.

Dal momento che tali strutture si sono poi naturalmente ramificate nei territori e moltiplicate, con la legge n. 189/2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, è stata disposta una loro riorganizzazione, che ne ha peraltro ampliato le competenze estendendole ad altre questioni¹⁰.

Nel frattempo, il Ministro della Salute, con due decreti, ha altresì stabilito i requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali (DM 12 maggio 2006) e, successivamente, determinato i Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici (DM 8 febbraio 2013). In particolare, quest'ultimo provvedimento dispone che i comitati etici siano “organismi indipendenti che hanno la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela”.

In aggiunta, è anche riconosciuto loro un ruolo consultivo “in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona”.

In ragione delle finalità che tale organo è chiamato ad assolvere, è fondamentale il requisito dell'indipendenza, garantito da una serie di criteri, quali: la mancanza di

o a strutture ospedaliere. Inizialmente però è stata estremamente discontinua la partecipazione diretta dello Stato e delle istituzioni politiche. A livello comparato l'istituzione di tali organismi risale alla fine degli anni Sessanta del secolo scorso. In America, nel 1969, è stato creato “*the Institute of Society, Ethics and the Life Sciences*”, uno dei centri di bioetica più conosciuti nel mondo e, nel 1971, grazie ai finanziamenti della famiglia Kennedy, è nato “*The Joseph and Rose Kennedy Institute for Study of Human Reproduction and Bioethics*” (annesso successivamente alla *Georgetown University*), divenuto il punto di riferimento obbligato per le ricerche in bioetica. Nel 1985, invece, è stato creato il *Park Ridge Center* con l'obiettivo di valorizzare la disciplina tramite i contributi che le tradizioni religiose potrebbero fornire su salute e medicina. Si è costituito come istituzione autonoma dedicata alla formazione e alla ricerca su temi di salute, fede ed etica (*Park Ridge Center for the Study of Health, Faith and Ethics*). In Europa, la prima fondazione è nata in Spagna, nel 1980, con l'Istituto de Borja de Bioetica. Dopodiché sono stati istituiti il *Centre d'Etudes Bioéthiques* in Belgio, presso l'Università di Lovanio, l'*Institute National de la Santé et de la Recherche Médicale* in Francia (1983) e il *Centre for bioethics and public policy* in Gran Bretagna. Nel 1990, sulla scia di quanto avvenuto in Europa, è stato istituito in Italia, con Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB). Tale Comitato è nato come organo consultivo della Presidenza del Consiglio ed è, tutt'oggi, caratterizzato dalla interdisciplinarietà delle competenze, attraverso la nomina di componenti, espressione di diverse discipline (sia dal punto di vista scientifico e filosofico, sia politico e religioso). Lo stesso è stato istituito con il compito di svolgere sia funzioni di consulenza presso il Governo, il Parlamento e le altre istituzioni, sia funzioni di informazione costante nei confronti dell'opinione pubblica, in merito ai vari problemi etici che possono sorgere. Il Comitato Nazionale di Bioetica, che si esprime tramite pareri e mozioni non vincolanti, ha prodotto negli ultimi quarant'anni documenti di particolare interesse, che sono il risultato della collaborazione tra scienziati delle più diverse discipline e dei più vari orientamenti.

⁹ Appare opportuno precisare però che il primo richiamo a livello normativo risale al Decreto ministeriale 27 aprile 1992 recante disposizioni sulle documentazioni tecniche da presentare a corredo delle domande di autorizzazione all'immissione in commercio di specialità medicinali per uso umano, in attuazione della direttiva (CEE) n. 507/91”. In particolare, l'art. 2 del DM dispone che “Ove costituiti in Italia, i comitati etici, in ogni caso conformi alle indicazioni delle norme di buona pratica clinica (...), devono aver sede presso strutture sanitarie o scientifiche di comprovata affidabilità”.

¹⁰ Sulla base dell'intervento normativo, le competenze dei comitati etici regionali sono state allargate a tematiche quali l'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, l'impiego di procedure chirurgiche e cliniche, lo studio di prodotti alimentari sull'uomo, etc.

subordinazione gerarchica del comitato nei confronti della struttura ove esso opera; l'assenza di rapporti gerarchici tra i diversi comitati; la presenza di personale non dipendente dalla struttura ove opera il comitato; la estraneità e la mancanza di conflitti di interesse dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta; la mancanza di cointeressenze di tipo economico tra i membri del comitato e le aziende del settore farmaceutico. Inoltre, i componenti del comitato etico restano in carica per tre anni, e il mandato non dovrebbe essere rinnovato consecutivamente più di una volta.

A tali organi spetta perciò non solo un'attività consultiva, ma anche una funzione di rappresentanza e di garanzia della tutela dei diritti e dei valori della persona quando si tratta di sperimentazioni cliniche, ma più in generale di problemi di natura medica.

Al fine di evitarne una proliferazione eccessiva, nel corso del tempo, è stato previsto che vi sia un solo comitato etico per ciascuna azienda sanitaria locale e per ciascuna azienda ospedaliera, anche se di recente è stato emanato il Decreto del Ministro della Salute del 26 gennaio 2023 con cui sono stati individuati 40 comitati etici territoriali¹¹.

Tra l'altro, proprio all'inizio del 2023, il Ministero della Salute ha proposto un quesito al Comitato Nazionale di Bioetica per chiedere chiarimenti sui comitati etici. Nello specifico, il Ministero ha chiesto di sapere a quali di questi Comitati etici debba essere attribuita la competenza a pronunciarsi in materia di suicidio assistito e se "sia opportuno attribuire ai CET (Comitati Etici Territoriali) previsti dalla L. n. 3/2018, tale specifica competenza, sia pure entro gli stringenti limiti indicati dalle Regioni".

Il Comitato Nazionale di Bioetica ha prontamente risposto al Ministero¹² ritenendo che la competenza possa essere attribuita ai Comitati Etici Territoriali (CET) di cui al Decreto del 26 gennaio 2023 ("Individuazione di quaranta comitati etici territoriali"), uniformemente presenti nel Paese. Inoltre, il Comitato ha sottolineato l'importanza del coinvolgimento di alcune figure che dovrebbero integrare questi organi collegiali come quella "del medico palliativista con competenze ed esperienze assistenziali, del medico anestesista rianimatore, dello psicologo, dello psichiatra, del bioeticista, di un infermiere con competenze ed esperienze specifiche in cure palliative, del medico di medicina generale, dell'esperto in diritto".

Dopodiché, il Comitato ha pubblicato una postilla, di cui si vuole sottolineare l'assoluto rilievo, nella quale ha operato una distinzione tra le diverse tipologie di tali organismi. Nel documento, il CNB ha accolto l'orientamento Ministero della salute, per cui si deve

¹¹ Qualche settimana prima era stato anche emanato un altro decreto del ministro della Salute (decreto del 30 gennaio 2023) relativo alla definizione dei criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici territoriali. Gli interventi si sono resi necessari al fine allineare il quadro normativo al Regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio sulle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso umano e sulla base di quanto sancito dall'articolo 2, ai commi 5, 7, 11 e 15, della legge 11 gennaio 2018, n. 3 "*Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute*". La legge n. 3/2018, che aveva previsto un riassetto delle norme in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano delegando al Governo l'adozione di decreti legislativi, ha previsto una riduzione dei 90 Comitati etici, fissando a massimo 40 il numero di Comitati etici territoriali (CET) e a 3 quelli nazionali (CEN).

¹² Risposta al quesito del Ministero della Salute del 2 gennaio 2023, 24 febbraio 2023, disponibile al seguente indirizzo: https://bioetica.governo.it/media/4893/p150_2023_risposta-quesito-ministero-salute.pdf

attribuire la competenza ai Comitati etici solo in via temporanea e residuale “laddove queste funzioni non siano già attribuite ai Comitati per l’etica nella clinica”. La ragione sottesa a questa precisazione dipende dal duplice compito che i Comitati sono chiamati a svolgere: come si legge nella postilla a margine del parere, tali organi hanno un compito principale “relativo alla sperimentazione clinica” e uno “aggiuntivo di valutazione di eventuali casi di etica clinica”. Trattandosi di due compiti diversi e considerata l’evoluzione manifestatasi nel corso del tempo, il CNB ha ritenuto che il parere circa l’assistenza al suicidio, pur non vincolante, deve essere fornito dal Comitato per l’etica clinica¹³.

Nella consapevolezza che i comitati etici per l’etica nella clinica non sono presenti in ogni parte del territorio nazionale, il CNB ha dichiarato non solo l’urgenza della loro creazione in ogni parte d’Italia ma, al tempo stesso, che il compito loro attribuito possa essere svolto in via temporanea e transitoria (per non oltre un anno e cioè non oltre il 4 aprile 2024) dai quaranta CET previsti dal Decreto ministeriale 26 gennaio 2023 o da altri comitati analoghi ancora operativi¹⁴.

In questa prospettiva, si comprende come i CET possano sì esercitare anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività di ricerca clinica e assistenziali, ma solo nel caso in cui non siano già attribuite a specifici organismi come quelli dei Comitati per l’etica nella clinica che devono essere *largamente preferibili*¹⁵.

Questo perché i Comitati per l’etica nella clinica (CEC) sono organi collegiali istituiti promuovere e fornire attività di consulenza etica in relazione a problematiche che emergono nella pratica clinica, al fine di supportare i professionisti sanitari, i pazienti e i loro familiari in situazioni eticamente complesse e potenzialmente conflittuali.

3. I Comitati etici regionali al banco di prova di due casi concreti

Sempre nella sent. 242/2019, la Corte costituzionale ha individuato quattro imprescindibili condizioni che devono essere compresenti nel paziente capace di prendere decisioni libere e consapevoli: egli deve essere affetto non solo da una patologia irreversibile che gli causa sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, ma deve anche essere tenuto in vita grazie a strumenti di sostegno.

Tali condizioni non comportano però un’automatica legittimazione di un diritto all’aiuto al suicidio, né tantomeno un obbligo di procedere in capo ai medici¹⁶. Si può invece

¹³ Risposta al quesito del Ministero della Salute del 2 gennaio 2023, 24 febbraio 2023, disponibile al seguente indirizzo: https://bioetica.governo.it/media/4893/p150_2023_risposta-quesito-ministero-salute.pdf

¹⁴ Con delibera della Giunta regionale [n. 194 del 05 febbraio 2024](#) la regione Emilia-Romagna ha deciso di istituire il Comitato Regionale per l’Etica nella Clinica (COREC). A tale organo sono stati attribuiti diversi compiti, tra cui una “consulenza etica non vincolante su casi eticamente problematici e sui processi decisionali nei quali sono presenti dilemmi o conflitti etici che richiedono un supporto di tipo etico”. Lo stesso è poi chiamato anche a fornire pareri relativi a richieste sul fine vita, per gli aspetti che esulano da quelli normati dalla Legge n. 219/2017.

¹⁵ Risposta al quesito del Ministero della Salute del 2 gennaio 2023, 24 febbraio 2023, cit. p. 5.

¹⁶ B. LIBERALI, *Prime osservazioni sulla legge sul consenso informato e sulle DAT: quali rischi derivanti dalla concreta prassi applicativa?*, in *Rivista di Diritti comparati*, 2017, III, 267 ss. e F. PIZZETTI, *Le DAT*, in M. CAVINO, L. CONTE, S. MALLARDO, M. MALVICINI, *Dove va la Repubblica*, Bologna, Il Mulino, 2022, pp. 205-231.

desumere l'affidamento di un compito ben preciso alle strutture pubbliche, vale a dire quello di accertare le condizioni in cui si trova il paziente e, parimenti, verificare le modalità di esecuzione delle sue intenzioni. A corroborare tale convincimento si può aggiungere che alle strutture ospedaliere non è stato affidato il compito di predisporre quelle attività e quelle procedure che materialmente consentano il realizzarsi del proposito di suicidio assistito.

Per comprendere al meglio la spinosa questione si ritiene utile richiamare ciò che è emerso dalla cronaca degli ultimi mesi.

Il signor Mario (nome di fantasia), che si è spento il 16 giugno 2022, è il primo paziente che è riuscito a vedersi riconosciute le condizioni previste dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 per accedere alla morte assistita (soprattutto grazie all'aiuto della Associazione Luca Coscioni che, tramite una raccolta fondi, ha fornito il materiale e lo strumentario necessario).

“Mario” è un paziente affetto da tetraplegia sin dal 2010 a seguito di un incidente stradale e risiede nella regione Marche¹⁷. Dal momento che la sua vita è divenuta intollerabile, a causa di continui spasmi e dolori che gli impediscono anche di stare sulla carrozzina, ha deciso di rivolgersi alla magistratura ordinaria per ottenere una visita che gli consentirebbe di accedere al suicidio assistito nella modalità di autosomministrazione di un farmaco letale. Dopo aver avuto accesso a ogni percorso di cura, da cui però non ha potuto trarre benefici concreti data la sua condizione irreversibile, il signor Mario è giunto alla conclusione della definitiva impossibilità di vivere secondo la propria volontà, decidendo di porre fine a una esistenza che vive di dolore e senza futuro.

Nonostante abbia redatto dichiarazioni anticipate di trattamento, l'Azienda sanitaria regionale si era pronunciata con un diniego. Il signor Mario si è perciò rivolto al Tribunale di Ancona per chiedere alla Asl competente la prescrizione del farmaco Tiopentone sodico, all'esito degli accertamenti previsti dagli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017, da utilizzare come strumento per porre fine alla propria esistenza in modo rapido, efficace e non doloroso.

L'Azienda sanitaria ha motivato il diniego sostenendo che non esiste nell'ordinamento italiano un obbligo per i sanitari di prestare assistenza al suicidio e, parimenti, che non esiste un consequenziale diritto a ottenere qualsiasi adempimento. Inoltre, ha sostenuto la tesi che il paziente può rifiutare i trattamenti vitali e, per evitare dolori, far ricorso a specifiche terapie, tra cui la sedazione profonda.

Il giudice ordinario, richiamando le considerazioni svolte dalla Corte costituzionale, se da una parte ha ritenuto legittime alcune richieste del paziente, ha al tempo stesso affermato

¹⁷ La vicenda è ricostruita in I. PELLIZZONE, *Fine vita e diritti: l'importanza dei casi*, in B. LIBERALI, L. DEL CORONA, *Diritto e valutazioni scientifiche*, Torino, Giappichelli, 2022, pp. 291 ss. Nel frattempo, sono cinque i casi di cittadini italiani che sono riusciti a ottenere l'assenso per la morte volontaria assistita in Italia. Si tratta di Federico Carboni (nelle Marche) e Gloria (in Veneto), che sono già riusciti nel loro intento. Vi sono poi Stefano Gheller (in Veneto) e “Antonio” (nelle Marche) che hanno ottenuto il via libera da parte del Comitato etico. Stessa sorte non è purtroppo toccata a una attrice romana, Sibilla Barbieri, paziente oncologica terminale che, a seguito del diniego della sua ASL, si è vista costretta ad affrontare il viaggio verso la Svizzera per poter ricorrere all'aiuto medico alla morte volontaria. Lo scorso settembre, la ASL romana ha comunicato alla donna il diniego. Nel parere offerto, l'Azienda sanitaria ha motivato che la paziente non rispettava tutti e quattro i requisiti previsti dalla sentenza della Corte costituzionale per poter accedere legalmente alla morte volontaria assistita.

che “non sussistono motivi per ritenere che la Corte abbia fondato il diritto del paziente (...) ad ottenere la collaborazione dei sanitari nell’attuare la sua decisione di porre fine alla propria esistenza; né può ritenersi che il riconoscimento dell’invocato diritto sia diretta conseguenza dell’individuazione della nuova ipotesi di non punibilità tenuto conto della natura polifunzionale delle scriminanti, non sempre strumentali all’esercizio di un diritto”¹⁸.

Il Giudice ha perciò rigettato il ricorso per quanto riguarda la principale richiesta, vale a dire quella di imporre alla Asl di prescrivere il farmaco perché le indicazioni “sono riferibili non soltanto alla diretta somministrazione del farmaco, ma anche alla sua preliminare prescrizione”¹⁹.

Il signor Mario ha così presentato reclamo avverso l’ordinanza di rigetto, su cui è stato chiamato a pronunciarsi il Tribunale di Ancona in composizione collegiale.

Sebbene il collegio giudicante non abbia accolto la richiesta di ordinare all’Azienda sanitaria di provvedere alla prescrizione/somministrazione del farmaco letale Tiopentone sodico – in quanto non era ancora stata accertata la sussistenza dei presupposti indicati dalla Corte costituzionale e perché non poteva ritenersi sussistente un obbligo di provvedere a carico della struttura pubblica – ha ritenuto legittime le richieste del signor Mario. Egli aveva diritto di pretendere dall’ASUR Marche non solo l’accertamento della sussistenza dei presupposti richiamati nella sent. 242/2019 della Corte cost. ai fini della non punibilità di un aiuto al suicidio praticato in suo favore da un soggetto terzo, ma anche la verifica della idoneità ed efficacia delle modalità e del farmaco prescelti per assicurarsi la morte. Di conseguenza, il 9 giugno 2021, il collegio giudicante ha ordinato all’ASUR Marche di provvedere all’accertamento e alla verifica richiesti dal signor Mario, previa acquisizione del parere del Comitato etico territorialmente competente.

Dopo diversi mesi, finalmente il Comitato etico regionale dell’Azienda sanitaria marchigiana ha avallato la richiesta del paziente Mario, in quanto corrispondente a tutti i criteri stabiliti dalla Corte costituzionale nella vicenda Cappato.

Il percorso, però, è stato particolarmente lungo e faticoso, giacché dapprima si è dovuto pronunciare il Tribunale di Ancona e, successivamente, su richiesta del paziente, l’Asl per la visita medica al fine di appurare la perfetta compatibilità con i criteri statuiti dalla Corte costituzionale. Una volta effettuata la visita, alla presenza di un nutrito numero di esperti (alcuni primari di rianimazione, neurologia, cure palliative, psichiatria, il medico legale, la psicologa, l’infermiere e il medico di famiglia che lo seguono da anni, la dirigente del servizio domiciliare) il relativo certificato è stato trasmesso al Comitato etico della regione marche, che ha avuto il compito di stabilire se vi fossero o meno i requisiti per l’accesso al suicidio assistito. Quest’ultimo, che si è pronunciato con proprio parere del 9 novembre 2021, ha risposto a diversi quesiti nel merito di molteplici tematiche²⁰.

¹⁸ Tribunale di Ancona, ordinanza 26 marzo 2021.

¹⁹ Tribunale di Ancona, ordinanza 26 marzo 2021.

²⁰ 1. accesso alle cure palliative, alla terapia del dolore e alla possibilità di terapie di assistenza integrative; 2. capacità di intendere e volere del paziente; 3. patologia cronica irreversibile; 4. sofferenza fisica ritenuta insopportabile; 5. presenza di trattamenti di sostegno vitale che lo tengano in vita; 6. modalità, metodica e farmaco prescelto.

A distanza di quasi diciotto mesi dalla dipartita di Mario, si è verificato un altro caso: quello della signora Anna che è riuscita, non senza difficoltà, ad accedere al suicidio assistito.

La donna, anch'ella affetta da una malattia invalidante e irreversibile, nel novembre del 2022 aveva presentato una richiesta alla Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), per vedersi riconosciuto il suo status e ottenere così l'accesso alla morte assistita. Dopo una serie di ritardi, dovuti a un rinvio di competenze tra la Asl e il Comitato Etico Unico Regionale, la donna si è vista costretta, nell'aprile 2023, a depositare un ricorso d'urgenza davanti al Tribunale di Trieste.

Il giudice, che si è pronunciato con una ordinanza cautelare del luglio 2023, ha imposto all'ASUGI di operare, entro 30 giorni, le verifiche, chiarendo inoltre che il parere del comitato etico deve essere successivo²¹. L'ASUGI ha quindi nominato una commissione medica multidisciplinare che *“in aderenza agli attuali orientamenti della giurisprudenza di merito”* ha ritenuto *“che la signora “Anna” (...) pur non sussistendo una condizione di dipendenza da macchinari o trattamenti tale per cui la sospensione degli stessi determinerebbe il decesso della paziente a breve termine (...), sia comunque sottoposta a trattamenti di sostegno vitale”*. Inoltre, la Commissione medica ha individuato il farmaco, le dosi e la modalità di somministrazione²².

Dopo il parere positivo del Comitato Etico Unico Regionale, l'ASUGI ha comunicato non solo la fornitura dei farmaci richiesti e la strumentazione utile alla autosomministrazione, ma anche che avrebbe garantito la presenza di un medico anestesista rianimatore.

Il caso di Anna, che si è spenta lo scorso 28 novembre, differisce dal precedente giacché è il primo in Italia che si è svolto interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

4. Il ruolo di supplenza della Corte costituzionale

In attesa degli sviluppi futuri, benché nel frattempo il signor Mario e la signora Anna siano riusciti entrambi a porre fine alle loro insostenibili esistenze, si vuole in questa sede rinnovare l'attenzione sulla questione del fine vita, con specifico riguardo a taluni elementi.

L'ampio progresso tecnico-scientifico, che ha sicuramente modificato la salute e la vita sia dal punto di vista quantitativo sia dal punto di vista qualitativo, sta indubbiamente estrinsecando effetti tanto sul versante giurisprudenziale, quanto su quello legislativo-regolatorio.

Le brevi considerazioni che in questa sede si vogliono portare all'attenzione, pur nella consapevolezza dell'impossibilità di risolvere una così delicata e socialmente controversa questione che coinvolge diverse declinazioni e molteplici interessi, riguardano principalmente alcuni elementi specifici. Difatti, dando per assodata la complessità delle questioni, la delicatezza delle situazioni e i plurimi diritti in gioco dinanzi a scelte che

²¹ Ordinanza del 04/07/2023 del Tribunale di Trieste <https://www.associazionelucacoscioni.it/wp-content/uploads/2023/07/Ordinanza-ASUGI.pdf>

²² Parere del Nucleo etico per la pratica clinica dell'ASUGI, <https://www.associazionelucacoscioni.it/wp-content/uploads/2023/09/Parere-del-NEPC.pdf>

possono essere definite tragiche, si vuole sottolineare non solo il ruolo di supplenza svolto dalla Corte costituzionale e dalle regioni rispetto alla perdurante inerzia del legislatore, ma altresì la natura e il ruolo dei comitati etici territorialmente competenti.

Per quanto attiene al primo profilo, abbiamo assistito a come negli ultimi anni la Corte costituzionale abbia svolto un ruolo sempre più attivo rispetto al comportamento omissivo del legislatore nella tutela dei diritti fondamentali²³. Addirittura, nel caso “Cappato”, la Corte è entrata nel merito della questione ben due volte a distanza di un lasso temporale abbastanza breve, ma comunque sufficiente per un intervento legislativo che circoscrivesse tanto il campo di applicazione del diritto quanto le sanzioni penali strettamente connesse. Il Giudice delle leggi, che è sottratto al circuito della rappresentanza politica, si è trovato così obbligato a intervenire, a fronte dell’incapacità del Parlamento di farsi carico della tutela dei diritti di coloro trovano in una condizione patologica irreversibile e fonte di sofferenze inaudite. Tale situazione, di fatto, costringe queste persone a rimanere nella situazione in cui vertono (fintantoché non incorre la morte naturale, la cui manifestazione naturale non è temporalmente predeterminabile) ovvero a ricorrere all’interruzione delle cure che – seppur accompagnata dalla sedazione profonda – può protrarre al lungo l’agonia. A tal proposito, secondo l’opinione di chi scrive, l’intervento del legislatore non è più procrastinabile, così come dimostrano i casi d’attualità.

Come autorevolmente sostenuto, stante l’*incapacità di affrontare in modo organico il tema*, si manifesta in maniera ancora più lampante il ruolo delle Corti costituzionali che intervengono su *casi strategici*²⁴. Una funzione ancor più complessa quando si tratta di questioni scientifiche che comporta non solo l’importanza della comparazione con gli altri ordinamenti, ma ancor di più “la necessità di un rapido aggiornamento degli strumenti processuali a disposizione (...) volti a far luce su questioni che sono il più delle volte tecnicamente molto complesse e che presuppongono, per la loro piena comprensione, di essere maneggiate non solo con il bagaglio delle nozioni giuridiche, ma necessariamente con cognizioni acquisite da altre scienze”²⁵.

5. Il ruolo di supplenza delle regioni

²³ Rispetto all’inerzia delle Assemblee parlamentari, titolari del potere legislativo, vi è chi ha evidenziato come la risposta sia un nodo centrale del costituzionalismo: “La risposta che si fornisce a tale interrogativo sottende una concezione istituzionale a partire dalla quale è possibile organizzare i singoli poteri, imprimendo una diversa caratterizzazione alla forma di Stato e di governo. Talvolta, infatti, il mancato intervento del legislatore nel normare una certa materia non integra una programmatica lesione del dettato costituzionale, ma si atteggia, piuttosto, come una vera e propria decisione che attiene al merito politico della vicenda e che, in quanto tale, non può essere sindacata dalla Corte”. P. ZICCHITTO, *Inerzia del legislatore e dialettica istituzionale nell’ordinanza della Corte costituzionale in tema di aiuto al suicidio*, in *Diritti fondamentali*, n.1/2019.

²⁴ I. PELLIZZONE, *Fine vita e diritti: l’importanza dei casi*, cit. p. 311.

²⁵ A. IANNUZZI, *Come decide la Corte costituzionale dinanzi a questioni “tecniche”: materie con rilevanza tecnico-scientifica*, in *BioLaw*, n.3, 2019.

La mancanza di reazioni da parte del Parlamento, inoltre, induce a riflettere su una questione che forse meriterebbe maggiore attenzione, ossia il ruolo di supplenza che stanno assumendo le regioni²⁶.

Pur apprezzandone l'intento, è però doveroso ricordare che la tematica del fine vita interseca due competenze differenti: da un lato attiene alla materia «tutela della salute», disciplinata dall'art. 117 Cost., c. 3, Cost., dall'altro alla materia penale ai sensi dell'art. 117, c. 2, lett. l Cost.²⁷. La prima rientra nella competenza concorrente, la seconda invece in quella di competenza esclusiva statale.

Quindi, in linea teorica, da un lato dovrebbe escludersi la possibilità di un intervento del legislatore regionale, mentre dall'altro sarebbe ammissibile solamente se rispettosa del riparto di competenze stabilito dall'art. 117 Cost.²⁸

A questo ragionevole dubbio hanno risposto sia la Avvocatura Generale dello Stato sia la Consulta di garanzia della Regione Emilia-Romagna.

L'Avvocatura, di recente chiamata in causa dal Veneto e dal Friuli-Venezia-Giulia che hanno richiesto delucidazioni in merito alle rispettive proposte, ha offerto un parere nel quale ha osservato che “la disciplina relativa alla titolarità e all'esercizio dei diritti fondamentali rientra nella competenza esclusiva del legislatore statale ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lett. l), Cost., così come le scelte in tema di creazione o estensione della punibilità penale”. Pertanto, la stessa ha concluso che l'eventuale approvazione “potrebbe esporsi a rilievi di non conformità al quadro costituzionale di riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni”²⁹.

Di contro, la Consulta di Garanzia, nel vagliare l'ammissibilità della proposta di legge di iniziativa popolare della rispettiva regione, si è pronunciata invece senso affermativo,

²⁶ In realtà c'è un terzo elemento, maggiormente attinente al processo costituzionale. Benché in Italia, tra gli altri con il “caso Cappato”, la giurisprudenza costituzionale abbia svolto un ruolo decisivo nel supplire ai problemi derivanti dalle anomalie, di fronte a una perdurante inerzia del legislatore si ingenera un ulteriore problema, vale a dire quello legato alla necessità di regolare in modo più puntuale la questione degli effetti temporali delle sentenze. In questa prospettiva, la via da seguire dovrebbe essere quella di intervenire sull'art. 136 Cost. per prevenire e arginare i rischi connessi alle manipolazioni della Corte costituzionale. Il complesso e delicato tema della modulazione degli effetti nel tempo è ritornato in auge dopo la sentenza della Corte costituzionale del 9 febbraio 2015, n. 10, che ha suscitato un vivace dibattito in dottrina. Oltre al celebre AA.VV., *Effetti temporali delle sentenze della Corte costituzionale anche con riferimento alle esperienze straniere: atti del seminario di studi tenuto al Palazzo della Consulta il 23 e 24 novembre 1988*, Milano, Giuffrè, 1989, si v. M. TROISI, *Attività istruttoria, conseguenze finanziarie e modulazione degli effetti temporali delle decisioni*, in G. D'AMICO-F. BIONDI (a cura di), *La Corte costituzionale e i fatti: Istruttoria ed effetti delle decisioni*, Napoli, 2018, pp. 35 ss. e il recentissimo studio di N. FIANO, *Il fattore “tempo” nella giustizia costituzionale*, Milano, Franco Angeli, 2023.

²⁷ Lo osserva chiaramente 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*, 2024. Si v. altresì 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*, n.1, 2024.

²⁸ Vi è da ricordare che nel caso delle disposizioni anticipate di trattamento (D.A.T.) una regione ha provato regolamentare la questione, pur in assenza di una legislazione statale. La Corte è intervenuta nel merito della questione affermando che tali tematiche “necessita[no] di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di uguaglianza”. Cfr. Corte Cost., sent. n. 262/2016. Sul tema si v. F. G. PIZZETTI, *Le DAT*, in M. CAVINO, L. CONTE, S. MALLARDO, M. MALVICINI, *Dove va la Repubblica*, Bologna, Il Mulino, 2022, pp. 205-231.

²⁹ Parere del 15 novembre 2023 della Avvocatura Generale dello Stato - Regione Autonoma Friuli - Venezia Giulia. Proposta di legge di iniziativa popolare n. 7 su “Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019”, cit. p. 5. Il documento è disponibile al seguente link: <https://www.ilpost.it/wp-content/uploads/2024/01/16/1705404680-Parere-avvocatura-pdl-regionale.pdf>

riconoscendo che la stessa è espressione “della competenza regionale concorrente in materia di tutela della salute, in quanto detta norme organizzative e procedurali per l'erogazione di prestazioni sanitarie» nel quadro dei «principi fondamentali [...] rinvenibili nella sentenza della Corte costituzionale»³⁰.

L'organo ha quindi ritenuto che la Regione possa adottare una legge, seppur limitata alla normativa di dettaglio, perché l'aiuto al suicidio medicalmente assistito rientra nel tema della salute, richiamando quanto statuito dalla Corte costituzionale stessa che lo ha definito “procedura medicalizzata”³¹.

Peraltro, proprio perché né il diritto costituzionale né tantomeno la Corte tollerano zone franche, al fine di legittimare un intervento del legislatore regionale si è fatto ricorso alla logica della cd. “cedevolezza invertita”³². Una clausola che consente un intervento anticipatore del legislatore regionale in materie di competenza statale.

Così, per usare le parole della Avvocatura Generale dello Stato, un intervento regionale “in attesa dell'entrata in vigore della disciplina statale” consentirebbe di “disciplinare procedure e tempi di applicazione dei diritti già individuati”.

Un altro aspetto contenuto nella proposta dell'Emilia-Romagna è quella relativa al ruolo del Servizio sanitario nazionale. La Corte costituzionale non ha attribuito al servizio sanitario nazionale il compito di erogare direttamente prestazioni di suicidio assistito, bensì gli ha affidato un ruolo di verifica delle condizioni e delle modalità.

Vi è da ricordare che il sistema sanitario italiano è ancora oggi caratterizzato da una organizzazione decentrata, nell'alveo di un riparto di competenze fra Stato e regioni delineato dagli artt. 117 e 118 Cost. Pur potendo le regioni definire autonomamente i rispettivi sistemi sanitari, devono farlo nel rispetto dei principi fondamentali introdotti dalla normativa statale.

Peraltro, se davvero dovesse essere questa la strada – ipotesi oramai più che plausibile – si potrebbe incorrere nei due rischi della differenziazione: l'uno di natura verticale, per cui si determinerebbe un allontanamento dei sistemi regionali dal sistema delineato dalle leggi statali, l'altro di natura orizzontale che comporterebbe un allontanamento tra le varie regioni.

6. Differenze tra organi collegiali: i comitati etici regionali e i comitati per l'etica nella clinica

Con riguardo al ruolo dei comitati etici regionali, invece, vi sono non pochi interrogativi da sciogliere, a maggior ragione dopo il parere del Comitato Nazionale di Bioetica fornito

³⁰ Delibera n. 12/2023 della Consulta Emilia-Romagna, pp. 7-8.

³¹ Corte cost., sent. n. 242 del 2019, cons. dir. 5.

³² Sul tema del rapporto tra Corte e legislatore e il principio della cedevolezza invertita si v. R. ROMBOLI, *Corte costituzionale e legislatore: il bilanciamento tra la garanzia dei diritti ed il rispetto del principio di separazione dei poteri*, in *Consulta Online*, fasc. III, 2023. Si v. altresì C. PANZERA, *Sugli attuali limiti delle tecniche decisorie della Corte costituzionale. Alcune proposte*, in *Revista general de derecho público comparado*, n. 23, 2018, pp. 1-20 e S. PARISI, *Ai confini tra gerarchia e competenza: concorso vincolato, cedevolezza e non-applicazione delle norme*, in *Diritto costituzionale*, n. 1, 2019, pp. 77-103.

in risposta al quesito del Ministero della salute. È indubbio che sia necessaria una funzione di controllo e verifica, che consenta di monitorare le pratiche eutanasiche, ma sarebbe preliminarmente utile capire se sia meglio un intervento preventivo, come nel caso italiano, ovvero successivo come in alcuni casi diffusi nel panorama comparato.

Nel caso del controllo successivo, adottato per esempio in Belgio e in Olanda, la verifica avviene solo dopo alla morte del soggetto ed è finalizzata a valutare se il medico abbia agito (con diligenza, prudenza e perizia) in conformità con le previsioni normative. Quindi si condivide l'idea che sia una funzione importante e imprescindibile, ma non immune da possibili abusi.

Il controllo preventivo, invece, è parimenti essenziale, ma forse si rende ancora più necessario perché interviene in una fase antecedente alla morte del soggetto che accede al trattamento. Vi è da dire che però, come dimostra il caso marchigiano, il controllo *ex ante* può anche rappresentare un eccessivo rallentamento, potendo contribuire a un peggioramento della qualità della vita della persona direttamente coinvolta.

Posto che il fondamento giustificativo di tali organi collegiali – e la conseguente natura, organizzazione e funzionamento – è da rinvenirsi nella necessità di avere enti che possano dare pareri, vi è da chiedersi se nella valutazione di eventuali richieste di assistenza medica al suicidio (per utilizzare le parole della Corte) gli stessi siano effettivamente muniti delle adeguate competenze e possano concretamente garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità³³.

La postilla del CNB, adottata dopo le sollecitazioni del Ministero della Salute, sembra aver colto pienamente tali dubbi.

A tal proposito, richiamando il caso americano e inglese, il CNB ha sottolineato la differenza tra le due funzioni principali affidate a questi organi collegiali: da un lato quello della sperimentazione clinica, dall'altro quello della valutazione di eventuali casi di etica clinica. Per questo, ha dichiarato l'urgenza di “far sì che in ogni parte d'Italia si creino comitati per l'etica nella clinica includenti l'expertise sanitario e di scienze umane e sociali richiesto per una adeguata analisi oltre che dei casi di etica clinica ordinariamente emergenti nelle corsie delle strutture sanitarie, anche di quelli riguardanti il suicidio assistito”³⁴.

La differenza principale tra CET e CEC è che i primi garantiscono “la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela”³⁵, ma non vi è traccia di attribuzione di competenze rispetto a casi clinici concreti³⁶. Si può quindi affermare che il compito loro attribuito è esclusivamente esercitabile nel campo della sperimentazione clinica di farmaci e di dispositivi medici e, solo con uno sforzo interpretativo di non poco conto, estendibili al caso del suicidio assistito. Peraltro, essendo molteplici e diffusi su tutto il territorio, vi è il serio rischio che possano adottare approcci

³³ Corte cost. sent. n. 242/2019.

³⁴ Risposta al quesito del Ministero della Salute del 2 gennaio 2023, 24 febbraio 2023, cit. p. 5.cit.

³⁵ Decreto 8 febbraio 2013 “Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici”.

³⁶ C. PERTINI, *Suicidio assistito. Dopo la sentenza della Consulta, quattro scenari per i comitati etici abilitati ad esprimersi su eventuali richieste*, in www.quotidianosanita.it, 18 febbraio 2020.

Si vedano altresì i Pareri del Comitato nazionale di bioetica del 27 febbraio 1992, del 18 aprile, del 13 luglio 2001 e da ultimo quello del 31 marzo 2017.

diversi e pareri differenti anche in casi analoghi, a maggior ragione se in assenza di un organo di raccordo centrale che detti linee di indirizzo uniformi³⁷.

Di contro, i CEC “proprio perché dedicano in modo costante la propria attenzione ai problemi etici della pratica clinica, (...) sviluppano infatti la specifica sensibilità e le competenze adatte per affrontare nel migliore dei modi le situazioni in esame”³⁸.

7. Conclusioni

In sintesi, ad avviso di chi scrive, l'intervento del legislatore statale non è solo auspicabile, ma è anche necessario per due ragioni di ordine generale.

Da un lato, ed è la prima ragione, il Parlamento non può continuare ad abdicare alla funzione legislativa, demandando al giudice delle leggi la responsabilità di decidere su casi concreti in assenza di regole certe e predeterminate; dall'altro, come seconda ragione, l'approvazione di diverse normative regionali, al posto di una statale, potrebbe determinare una non conformità rispetto al quadro costituzionale, per quanto la Corte costituzionale abbia disegnato margini direttamente applicativi³⁹.

Come se ciò non fosse di per sé sufficiente, si deve aggiungere che si potrebbe manifestare il rischio di un eccessivo frazionamento nella tutela di un diritto che richiede omogeneità e uniformità su tutto il territorio nazionale, nonché potrebbe determinarsi una ingiustificabile disparità di trattamento. Cosa potrebbe accadere se una regione normasse il suicidio assistito in un determinato modo e un'altra lo facesse in maniera del tutto opposta?

Purtuttavia, qualora si volesse comunque intervenire a livello regionale – come sta facendo l'Emilia-Romagna in questi mesi⁴⁰ – perché l'atteggiamento omissivo del legislatore pregiudica la tutela dei diritti, le regioni potrebbero farlo nei limiti fissati dalla Corte

³⁷ Peraltro, vi è chi ha anche posto un avvertimento circa una possibile influenza a livello politico-regionale. M. D'AMICO, *Il “fine vita” davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici*, op. ult. cit. L'A. audita in Commissione Commissione II (Giustizia) e XII (Affari sociali) il 20 ottobre 2020, è stata fortemente critica sul coinvolgimento del ruolo dei Comitati etici nelle tematiche del fine vita. Per questo, nel testo dell'Audizione, ha avanzato l'ipotesi di una loro riforma.

È opportuno precisare che con la legge n. 3/2018 è stato istituito Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici. Il Centro svolge compiti di coordinamento, indirizzo e monitoraggio delle attività di valutazione degli aspetti etici relativi alle sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano demandate ai Comitati etici territoriali.

³⁸ Risposta al quesito del Ministero della Salute del 2 gennaio 2023, 24 febbraio 2023, cit. p. 5

³⁹ Normative regionali di ampio respiro finirebbero col ledere la competenza esclusiva statale in tema di “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” ex art. 117, secondo comma, lett. m), Cost. Ad avviso di chi scrive, le osservazioni della Avvocatura generale dello Stato, chiamata in causa prima dal Veneto e poi dalla regione Friuli-Venezia-Giulia, paiono convincenti. Il tracciato della Corte costituzionale è chiaro e fin qui non vi sono dubbi. Tracciato che, peraltro, ha individuato “nel Parlamento l'organo competente a legiferare in materia”.

⁴⁰ In questa prospettiva appare utile richiamare quanto espresso dalla Consulta di Garanzia Statutaria dell'Emilia-Romagna. L'organo ha ritenuto legittima l'iniziativa regionale per tre motivazioni: (I) vi è una sentenza *self-executing* della Corte costituzionale che stabilisce i principi da applicare, (II) le norme legislative regionali sono applicative della sentenza della Corte costituzionale, (III) la normativa rientra nella potestà legislativa concorrente. Nel caso in cui le normative regionali dovessero travalicare i margini disegnati dalla Corte, le assemblee legislative che esaminano e approvano tali norme se ne assumono la responsabilità. In tal caso, è facilmente ipotizzabile come la questione finirebbe davanti Corte costituzionale, che potrebbe dar ragione alle regioni, a fronte del silenzio (assordante) del legislatore.

costituzionale. Un intervento però circoscritto solamente agli aspetti procedurali e organizzativi e, dunque, a quei profili che nei fatti rientrano nella cd. potestà concorrente.

Il punto è che, se nemmeno di fronte a una sentenza della Corte costituzionale il legislatore è intervenuto con una disciplina esaustiva ed esauriente, probabilmente non lo farà nemmeno di fronte a un impulso proveniente dalle regioni, benché legittimamente adottato nella logica della cd. “cedevolezza invertita”.

Se la dinamica in corso dovesse essere davvero questa, vi è da chiedersi come si porrà la Corte costituzionale dinanzi al complesso quadro che si sta delineando, a maggior ragione se la Corte costituzionale sarà chiamata a pronunciarsi su una nuova questione di legittimità costituzionale.

Peraltro, al di là dell’effetto della frammentazione, si pone un ulteriore problema per l’interprete, vale a dire quello di comprendere quale sia l’effetto che si produrrà sul versante ordinamentale.

Rebus sic stantibus, nella perdurante inerzia del Parlamento, la via da seguire nella protezione dei diritti fondamentali rimane quella delineata dalla Corte costituzionale.

Al netto di scelte differenti nella sua discrezionale declinazione normativa, il legislatore statale, qualora vorrà, dovrà comunque tenere in considerazione che l’obiettivo è quello *di evitare abusi in danno di persone vulnerabili, garantire la dignità del paziente ed evitare al medesimo sofferenze* in armonia con i principi costituzionali e con le recenti evoluzioni scientifiche. E si auspica possa farlo nel corso della XIX legislatura senza ulteriori indugi, a maggior ragione o a prescindere dagli interventi regionali che verosimilmente saranno approvati nei prossimi mesi. Altrimenti, sarà la Corte costituzionale a dover intervenire nuovamente, pronunciandosi entro l’estate con una – probabile – nuova declaratoria di illegittimità costituzionale.