

ECC.MO T.A.R. EMLIA-ROMAGNA

SEZ. di BOLOGNA

RICORSO

Nell'interesse delle associazioni

- **CENTRO STUDI ROSARIO LIVATINO** [REDACTED]
- **MOVIMENTO PER LA VITA ITALIANO APS – FEDERAZIONE DEI MOVIMENTI PER LA VITA E DEI CENTRI DI AIUTO ALLA VITA D'ITALIA** [REDACTED]
- **FORUM DELLE FAMIGLIE E ASSOCIAZIONI FAMILIARI, (C.F.** [REDACTED]
- **SCIENZA & VITA** [REDACTED]
- **COMITATO "DITELO SUI TETTI"** [REDACTED]
- **ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI ITALIANI (A.M.C.I.) (C.F.** [REDACTED]
- **ASSOCIAZIONE COMUNITA' PAPA GIOVANNI XXIII** [REDACTED]
- **FEDERAZIONE REGIONALE PER LA VITA EMILIA-ROMAGNA ODV (C.F.** [REDACTED]
- **UNIONE GIURISTI CATTOLICI REGGIO EMILIA (** [REDACTED]
- **UNIONE GIURISTI CATTOLICI PIACENZA** [REDACTED]

- **UNIONE GIURISTI CATTOLICI PAVIA**

- **ASSOCIAZIONE NONNI 2.0**

- **ASSOCIAZIONE ESSERCI PER ESSERE**

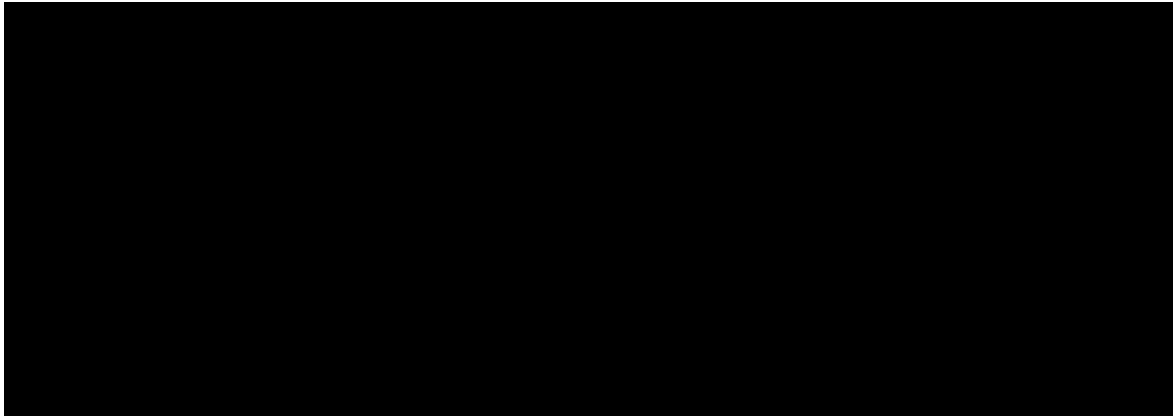
- **ASSOCIAZIONE LAB-ORA CONSERVIAMO IL FUTURO (C.F.**

- **MEDICINA E PERSONA**

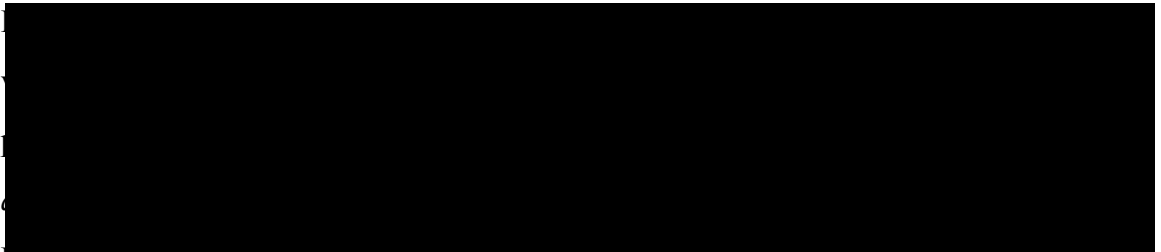
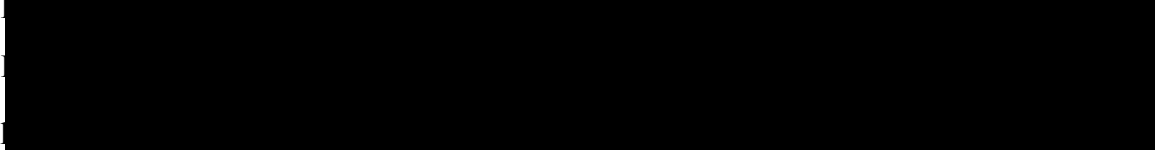
- **OSSERVATORIO PARLAMENTARE “VERA LEX?”**

- **ASSOCIAZIONE LE VEDETTE,**

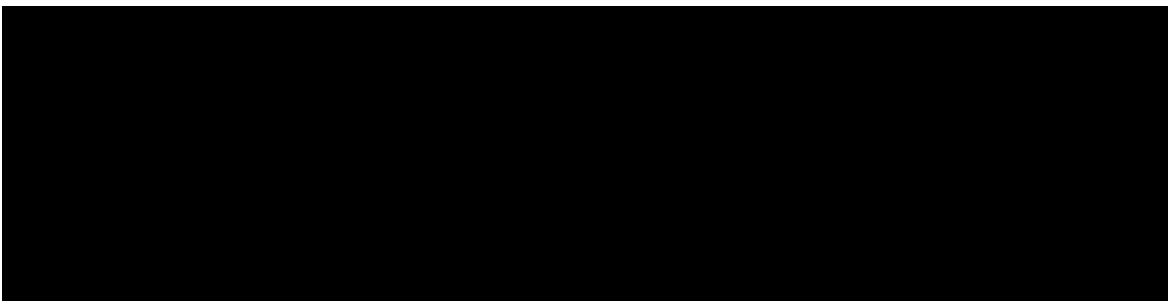
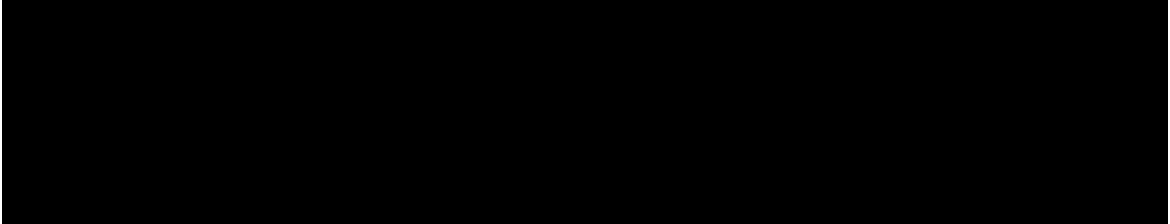
- la dott.ssa **VALENTINA CASTALDINI**



CONTRO

- 
- 

notiziando

- 
- 

PER L'ANNULLAMENTO

- della Delibera di Giunta Regionale n. 194 del 5 febbraio 2024, con riferimento all'attribuzione di competenze in tema di "fine vita";
- della Determina del Direttore della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 2596 del 9 febbraio 2024;
- della Delibera di Giunta Regionale n. 333 del 26 febbraio 2024;

- di ogni altro atto e provvedimento ad essi presupposto e/o consequenziale, di contenuto pure sconosciuto, nonché per la condanna di tutti i danni patiti e patienti nella misura che sarà evidenziata in corso di causa o ritenuta di giustizia.

*** *** ***

Le associazioni in epigrafe indicate hanno fra i propri scopi statutari la difesa del principio di sussidiarietà e la valorizzazione dell'esistenza umana in ogni suo stato, condizione e circostanza essa si trovi, nonché la difesa del diritto alla vita e la tutela delle persone fragili e malate nelle migliori condizioni attraverso le cure e assistenza più appropriate, in uno con il rispetto che lo Stato deve assicurare nei confronti di ogni atto invasivo di tali diritti; nel rispetto delle competenze delle istituzioni della Repubblica, i cui perimetri non possono essere surrettiziamente infranti. Dette condizioni appaiono, invece, gravemente pregiudicate e minacciate dagli atti contestati-. Conseguentemente le parti ricorrenti, avuto anche riguardo agli artt. 2 e 18 Cost., possono agire dinanzi al Giudice Amministrativo per chiedere all'annullamento di atti lesivi degli interessi super individuali di cui sono portatori (cfr. TAR Lazio, sez. 3-quater, sentenza n. 6657/2021, par. 4.2, pag. 5).

La dottoressa Castaldini, invece, ricorre in veste di consigliera regionale, essendone state lese le prerogative e i diritti della carica, come specificato *infra*.

*** *** ***

IN FATTO

1.- In data 5.2.2024, la Giunta della Regione Emilia-Romagna ha approvato con delibera n.194 la costituzione del Comitato Regionale per l'Etica nella Clinica, segnatamente indicato anche con l'acronimo COREC. Come si vedrà, il nuovo organo consultivo è stato assunto nei tipi conosciuti in alcune prassi regionali e nella letteratura come *Comitati per l'Etica nella Clinica* (CEC), che si differenziano dai Comitati Etici Territoriali di cui ai c.d. "Decreto Balduzzi" (DL 158/202) e "Legge Lorenzin" (legge 3/2018), oggetto di una disciplina omogenea su base nazionale e preposti principalmente al vaglio dei presidi sanitari e della sperimentazione farmacologica. I CEC si occupano, invece, della "valutazione multidisciplinare di casi clinici eticamente problematici allo scopo di promuovere il valore di una relazione di cura eticamente orientata" (cfr. art. 1 del regolamento CEC di Reggio Emilia). Nella prassi, alcune Regioni hanno istituito liberamente detti Comitati allo scopo di

meglio esercitare competenze sanitarie tipiche, corrispondenti a LEA nazionali, la cui organizzazione rientra nelle attribuzioni concorrenti dei Servizi Sanitari Regionali.

La delibera n. 194/2024 attribuisce a detto Comitato le seguenti funzioni:

- fornire 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;
- **fornire pareri relativi a richieste sul fine vita**, per gli aspetti che esulano da quelli normati dalla Legge n. 219/2017;
- fornire pareri in merito agli aspetti bioetici connessi alle attività sanitaria e socio-sanitaria, all'allocazione e all'uso delle risorse, alla qualità delle cure e dei processi di umanizzazione della medicina;
- promuovere iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari e socio-sanitari in materia di bioetica;
- promuovere iniziative di sensibilizzazione rivolte ai cittadini sui temi della bioetica;
- relazionarsi con i Comitati per l'etica nella clinica nazionali e con il Comitato Nazionale per la Bioetica.

La competenza in punto di “fine vita” è stata assegnata al COREC senza che ci sia alcuna corrispondenza a un qualche LEA o LEP indicato in sede nazionale, né una conseguente competenza in tema di “tutela della salute” rientrante nella sfera di azione regionale, ma in sedicente applicazione dei dettami della Sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019, secondo la quale è necessaria l'emissione di un *“parere del comitato etico territorialmente competente”* per la verifica dei rigorosi requisiti in presenza dei quali potrebbe esservi la ivi prevista esimente dal reato di cui all'art. 580 c.p.

Ai sensi della DGR 194/24 il Comitato Regionale, di durata triennale, dovrebbe essere composto da medici specialisti in diverse discipline (pediatria, medicina legale, psichiatria, ginecologia, oncologia, psicologia, anestesia, cure palliative), giuristi, bioeticisti, rappresentanti dell'area infermieristica oltre che dal responsabile rapporti con le associazioni dei pazienti della Regione Emilia-Romagna; figure, peraltro, tutte espressamente già individuate nella delibera di Giunta gravata.

Si tratta dunque, come si avrà modo di spiegare in diritto, di un Comitato *immaginato* dalla Delibera di Giunta Regionale (nemmeno del Consiglio Regionale!), del tutto avulso ed estraneo alla disciplina nazionale.

Peraltro, la Delibera di Giunta Regionale n.194/2024 effettuava un riferimento alla risposta argomentata del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) al quesito del Ministero della salute del 2.01.2023, datata 24.02.2023, asserendo che in tale risposta il CNB avrebbe riconosciuto nel «*Comitato per l'etica nella clinica l'organismo largamente preferibile come 'comitato etico territorialmente competente' per l'espletamento delle funzioni oggetto del quesito e raccomanda che si creino Comitati per l'etica nella clinica includenti l'expertise sanitario e di scienze umane e sociali necessarie per occuparsi, come già espresso nel richiamato parere del 31 marzo 2017, dei problemi morali che l'assistenza ai pazienti e la pratica terapeutica possono presentare nelle situazioni più delicate (es.: inizio e fine vita), con i soggetti vulnerabili (es.: minori, incapaci, anziani, immigrati), "negli eventi imprevisti"».*

In realtà, come meglio si dirà, la Giunta della Regione Emilia-Romagna aveva in tale sede del tutto frainteso il senso dell'evocato parere del CNB, che semmai indicava nei CET e non nei CEC gli organi consultivi da preferirsi (anche) sul piano bio-etico. D'altronde, la stessa dgr 194 non riportava affatto il parere del CNB bensì una "postilla", priva di qualunque valore e portata, resa da alcuni membri del Comitato Nazionale di Bioetica a margine di una decisione, di segno diametralmente opposto, quale sorta di "opinione dissenziente".

Il CNB, peraltro, si è espresso contro qualunque ipotesi di differenziazione regionale su una questione che la Corte costituzionale ha affrontato quale esimente penale che certo non può essere suscettibile di differenziazioni territoriali.

2.- Con successiva determinazione dirigenziale (sic!) n. 2596 del 9.2.2024, la Direzione Generale cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna ha inteso dettare le "*Istruzioni tecnico – operative per la verifica dei requisiti previsti dalla sentenza della Corte costituzionale n.242/2019 e delle modalità per la sua applicazione*".

Nella determina si legge: "*ritenuto opportuno, pur in assenza di disciplina legislativa nazionale o regionale sul tema, definire indicazioni tecnico operative alla luce di quanto disposto dalla Corte costituzionale nella sentenza richiamata e procedere quindi all'approvazione del documento recante "Istruzioni tecnico operative per la verifica dei*

requisiti previsti dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 e delle modalità per la sua applicazione”, allegato alla presente determinazione quale parte integrante e sostanziale (allegato 1)”.

Nel richiamato allegato, per un primo aspetto, si prevede l’espressione, da parte di una nuova e atipica “Commissione di Area Vasta” (art. 3, allegato determina 2596/24 cit.), di una ulteriore valutazione, preventiva rispetto al COREC (art. 4, all. cit.), per la verifica dei requisiti di esimente dal reato di cui all’art. 580 c.p., nonché per “*verificare le modalità e il setting per la realizzazione del suicidio medicalmente assistito al fine di garantire la dignità del paziente ed evitargli ulteriori sofferenze*”. Per un secondo aspetto, la determina direttoriale in commento introduce un vero e proprio obbligo di prestazione sanitaria, sconosciuto all’ordinamento ed escluso dall’arresto 242/19 della Consulta, atteso che, all’art. 2 viene “attivato” un “*processo*” dai tempi assai celeri (circa 40 giorni), descritto, come si legge all’art. 5, quale una “*procedura*” di assistenza sanitaria, che “***deve essere svolta***” dall’ “Azienda USL territorialmente competente”, con “*l’attuazione della stessa attraverso l’individuazione di personale adeguato, individuato su base volontaria, il rispetto dei tempi e delle modalità previste, fornendo quanto indicato nella relazione conclusiva ed assicurandone la gratuità. L’effettuazione della procedura deve avvenire non oltre sette giorni dal ricevimento della relazione conclusiva della Commissione*” di cui all’art. 3

È la stessa Regione Emilia-Romagna, quindi, ad ammettere di operare (peraltro con organo di indirizzo politico-amministrativo e non legislativo e, poi, con determina dirigenziale addirittura) in assenza di qualunque copertura legislativa in materia (ed, anzi, *contra legem*).

In sintesi, con Delibera di Giunta e con Determina dirigenziale, senza alcun rispetto di competenze e livelli essenziali di assistenza, la Regione Emilia-Romagna (*rectius* la sua Giunta) inserisce surrettiziamente un obbligo di prestazione (suicidio medicalmente assistito) da parte delle strutture sanitarie regionali, ancorché avvalendosi di medici volontari.

3.- In data 26.2.2024 la Giunta Regionale dell’Emilia-Romagna, con delibera n. 324, ha conferito all’Avv. Maria Russo Valentini incarico professionale per la disamina della deliberazione di Giunta Regionale 5.2.2024, n. 194 di costituzione del Comitato Regionale per l’Etica nella Clinica. Un *unicum* storico – la nomina di un legale che valuti *ex post* una

Delibera di Giunta già approvata – che confessa come la stessa Giunta, travolta dalle critiche, dubbi della legittimità della sua stessa delibera.

4.- A fronte del formale comunicato del Comitato Nazionale di Bioetica del 14 febbraio 2024, nel quale si evidenziava come il documento dello stesso CNB 24.2.2023 fosse stato rappresentato dalla dgr 194/2024 dell'Emilia-Romagna in senso del tutto errato, il 26.2.2024 la Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna con delibera n. 333 ha modificato e integrato la Delibera 194/2024, con il palese (ma maldestro e non riuscito) intento di sanarne *ex post* le illegittimità abnormi.

Infatti, mercé tale integrazione, la Delibera 194/2024 viene emendata espungendo l'assurdo riferimento al parere CNB 24.2.2023, eccezion fatta per alcuni passaggi delle chiose dissenzienti verbalizzate da alcuni membri dello stesso CNB.

Soprattutto, con la D.G.R. 333/2024 la Giunta ha aggiunto un importante tassello alla propria precedente argomentazione: se nella D.G.R. 194/2024 mai la Giunta aveva parlato di “*diritto al suicidio assistito*” (cosa che, invece, sarebbe stata fatta subito dopo dalla Determina Dirigenziale), nella D.G.R. 333/2024 la Giunta afferma invece che sussisterebbe un vero e proprio diritto. Si legge infatti:

- “*l'assistenza medica anche al suicidio, nei casi, nei limiti, e con le garanzie disegnati dalla sentenza della Corte, vada assicurata quale forma di rispetto del diritto costituzionale di autodeterminazione dell'individuo*”, e che

- “*nell'ottica di consentire da subito ai cittadini l'effettivo accesso a tale diritto, ...*”.

L'operato della Giunta Regionale ed i relativi atti appaiono *ictu oculi* contrassegnati da carenza radicale di potere e abnormi illegittimità, sicché gli stessi vengono impugnati per i motivi di ricorso che seguono.

5.- Le associazioni in epigrafe indicate hanno, come detto, tutte **legittimazione** alla proposizione del seguente ricorso, oltre che interesse. Tutte hanno tra i propri scopi statutari la difesa la valorizzazione dell'esistenza umana in qualsiasi circostanza essa si trovi, nonché la difesa del diritto alla promozione della vita e la tutela delle persone fragili e malate nelle migliori condizioni attraverso le cure e assistenza più appropriate, obiettivi che vengono illecitamente negati dagli atti menzionati.

È notorio che per il vaglio sulla legittimazione lo scrutinio debba svolgersi assumendo gli elaborati requisiti giurisprudenziali rappresentati: a) dalla finalità impressa nello statuto, b)

dalla struttura associativa stabile, che consenta all'ente medesimo di svolgere la propria mission in via continuativa, e infine, c) dalla c.d. *vicinitas* territoriale.

Con preciso riferimento alle finalità statutarie, che consentono di distinguere il singolo ente dal *quisque de populo*, il Consiglio di Stato ha precisato che *“Nel processo amministrativo la legittimazione attiva di associazioni rappresentative di interessi collettivi è ammessa laddove la questione oggetto del giudizio rientri nell'ambito delle finalità statutarie dell'associazione e, dunque, la produzione degli effetti del provvedimento controverso si risolva in una lesione diretta del suo scopo istituzionale”* (Cons. Stato Sez. V, 14/01/2019, n. 288).

Trattasi, per l'appunto, dei noti principi consolidatisi dapprima nei confronti di associazioni ambientali e successivamente estesi, in via generale, a tutti gli enti associativi: *“In via generale, il Giudice Amministrativo può riconoscere, caso per caso, la legittimazione ad impugnare atti amministrativi incidenti sull'ambiente ad associazioni locali (indipendentemente dalla loro natura giuridica), purché perseguano statutariamente in modo non occasionale obiettivi di tutela ambientale ed abbiano un adeguato grado di rappresentatività e stabilità in un'area di afferenza ricollegabile alla zona in cui è situato il bene a fruizione collettiva che si assume lesa. Pertanto la legittimazione processuale delle associazioni ambientaliste deve essere apprezzata, almeno in astratto, in presenza di tre requisiti tradizionalmente utilizzati al riguardo in giurisprudenza, rispettivamente relativi alle finalità statutarie dell'ente, alla stabilità del suo assetto organizzativo, nonché alla c.d. vicinitas dello stesso ente rispetto all'interesse sostanziale che si assume lesa per effetto dell'azione amministrativa e a tutela del quale, pertanto, l'ente esponenziale intende agire in giudizio”* (Cons. Stato Sez. IV Sent., 21/08/2013, n. 4233).

Tutte le associazioni ricorrenti rivestono dette caratteristiche come dedotto e documentato. Peraltro, non poche delle stesse associazioni sono state e sono già presenti in processi amministrativi, senza che mai sia stata pronunciata l'inammissibilità di detta presenza (ovvero con il puntuale rigetto delle relative eccezioni).

Sussiste la legittimazione ad impugnare altresì del consigliere regionale dott.ssa Valentina Castaldini in quanto tali delibere incidono direttamente sul diritto all'ufficio dei consiglieri regionali medesimi e, quindi, su un diritto spettante alla persona investita della carica di consigliere (Cons. Stato, sez. V, 12/02/2018, n. 1549; T.A.R. Campania, Napoli, Sezione I,

sentenza 07/11/2018, n.6473; T.A.R. Campania, Napoli, Sezione I, 05/06/2018, n. 3710).

6.- Con istanza depositata in data 7.3.2024 le ricorrenti hanno chiesto di essere autorizzate al superamento dei limiti dimensionali dell'atto in considerazione della rilevanza della controversia in relazione alla sua attinenza a interessi di particolare rilievo sociale ovvero alla tutela di diritti civili, sociali e politici, di rango costituzionale. Facoltà concessa con il decreto 56/2024 del 8.3.2024 Reg. Prov. Pres., n. 0001766/2024 Prot. Ag. ID.

*** *** ***

IN DIRITTO

1.- VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DEGLI ARTT. 117, CO. 2, LETT. L) ED M), COST.

Preliminarmente, va sottolineato che **dalla sentenza n. 242/2019 non si ricava alcun diritto a una prestazione del Servizio Sanitario Nazionale e, men che mai, un diritto a morire** (*rectius* farsi uccidere). La Corte costituzionale, con la pronuncia 242/2019 invocata troppo spesso a sproposito e solo quale usbergo dietro il quale nascondere iniziative che stridono con l'ordinamento, ha statuito, infatti, che *“dall'art. 2 Cost. – non diversamente che dall'art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire. Che dal diritto alla vita, garantito dall'art. 2 CEDU, non possa derivare il diritto di rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire, è stato, del resto, da tempo affermato dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, proprio in relazione alla tematica dell'aiuto al suicidio (sentenza 29 aprile 2002, Pretty contro Regno Unito) (ordinanza n. 207 del 2018)”* (Corte cost., n. 242/2019; enfasi aggiunte).

Nel merito, pertanto, gli atti amministrativi regionali avversati muovono da un presupposto palesemente errato, in fatto e in diritto. Infatti, attraverso la menzionata sentenza, **il giudice delle leggi si è limitato a individuare una circoscritta area di non punibilità di chi realizzi un proposito suicidario in presenza di condizioni analiticamente indicate:** l'ipotesi in cui l'aspirante suicida si identifichi in una persona *“(a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli”* (*ibid.*). **La Corte ha posto, in ogni**

caso, un fondamentale pre-requisito rispetto a qualunque scelta di fine vita, rappresentato dal “coinvolgimento” del malato “in un percorso di cure palliative”.

Nulla di tutto ciò è rinvenibile negli atti impugnati, che, a dispetto della loro rubrica, contrastano con la decisione del giudice delle leggi, il quale ha rifiutato ogni interpretazione estensiva della sentenza n. 242 del 2019, affermando, al contrario, la necessità di garantire e assicurare, anche in caso di bilanciamento con altri diritti, la tutela del diritto alla vita.

Peraltro, il richiamo all’attuazione dell’arresto costituzionale 242/2019 è ultroneo in quanto si tratta di una pronuncia sulle condizioni di applicazione dell’esimente ivi perimetrata che, in ogni caso, **richiama semmai la competenza del Parlamento a intervenire in materia di fine vita.** Mai si parla, invece, e non avrebbe potuto essere diversamente, di un ruolo normativo di livello concorrente, e, men che meno, di **un intervento della giunta regionale, né, addirittura, di un mero atto dirigenziale!**

Analoghe considerazioni sono state riprese dalla Corte Costituzionale con la Sentenza n. 50 del 2022, ove viene ribadito: la *“Corte ha avuto modo di chiarire in più occasioni che il diritto alla vita, riconosciuto implicitamente dall’art. 2 Cost., è «da iscriversi tra i diritti inviolabili, e cioè tra quei diritti che occupano nell’ordinamento una posizione, per dir così, privilegiata, in quanto appartengono – per usare l’espressione della sentenza n. 1146 del 1988 – «all’essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana» (sentenza n. 35 del 1997). Esso «concorre a costituire la matrice prima di ogni altro diritto, costituzionalmente protetto, della persona» (sentenza n. 238 del 1996) (...) è il «“primo dei diritti inviolabili dell’uomo (sentenza n. 223 del 1996), in quanto presupposto per l’esercizio di tutti gli altri», ponendo altresì in evidenza come da esso discenda «il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all’individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire»”.*

In altri termini, dalla Costituzione non si può ricavare – **e la Corte nella sentenza n. 242/2019, non lo ha fatto** – un diritto a ottenere una prestazione di morte. Di talché, in mancanza di una disciplina da parte del legislatore nazionale, un intervento regionale non sarebbe ammissibile nemmeno sulla scorta della presunta inerzia del Parlamento, dato che la scelta di disciplinare o meno la materia rientra nella discrezionalità e nell’esclusiva disponibilità (per le ragioni di seguito esposte) di quest’ultimo.

La Corte, con la 242/2019 ha piuttosto riconosciuto che il suicidio assistito non è affatto un diritto naturale e assoluto, ma una posizione che, al più, potrebbe essere disciplinata “positivamente” solo dal legislatore (non certo regionale) il quale deve stabilire i requisiti, le condizioni, le modalità e i limiti (esattamente come avviene nei casi in cui l’individuo vanta un diritto all’autodeterminazione). Diritto che, dunque, non può “*prescindere da uno specifico intervento normativo che regolamenti e, soprattutto, compendi in maniera costituzionalmente corretta la relazione tra i predetti interessi, ponendo gli individui nella condizione di conoscere i margini di scelta loro riconosciuti e i limiti nell’esplorazione del proprio diritto di autodeterminazione*” (cfr. A. De Vita, *Il diritto all’autodeterminazione in ambito sanitario e il testamento biologico: verso nuove frontiere del diritto? Il diritto della sanità: problematiche attuali*, 2020, in <https://www.giustizia-amministrativa.it/web/guest/-/de-vita-il-diritto-all-autodeterminazione-in-ambito-sanitario-e-il-testamento-biologico-verso-nuove-frontiere-del-diritto-il-diritto-della-sanita-prob>).

È appena il caso di osservare, anche alla luce delle argomentazioni cui la Corte ha fatto ricorso nella sent. n. 242/2019 (e, già prima, nell’ord. n. 207/2018, che ne è il prodromo logico e procedimentale), che l’inviolabilità della persona, positivamente riconosciuta e garantita dall’art. 2 Cost. in funzione di fondamento dell’ordinamento costituzionale, si oppone (sul piano logico, prima ancora che valoriale) a qualsiasi tentativo di fare della vita l’oggetto di un diritto di carattere dominicale, al quale acceda un potere dispositivo, ancorché condizionato al sussistere di condizioni di malattia, per il cui esercizio l’interessato potrebbe chiedere ed ottenere l’aiuto di terzi.

Per un verso, infatti, una siffatta qualificazione della vita si porrebbe in insanabile contrasto con il divieto inderogabile di uccidere, sul quale è basata la stessa possibilità di pacifica e stabile convivenza di una collettività: esso risulterebbe viceversa subordinato ad una mera espressione di consenso da parte del “titolare” (un atto che difficilmente potrebbe ricondursi ad una qualche categoria concettuale tra quelle proprie della dogmatica dei diritti patrimoniali, essendo quelli personali notoriamente contraddistinti dal predicato della indisponibilità).

Per altro verso, la cennata aporia non troverebbe soluzione col riferimento ad una degradazione della condizione organica e biologica della persona, non solo perché la garanzia dell’art. 2 Cost. (in sé e in relazione al divieto di discriminazioni basate sulle

condizioni, appunto, personali) non è suscettibile di essere “graduata” con riferimento a valutazioni (soggettive e/o oggettive di c.d. qualità della vita), ma anche perché gli stati patologici e di malattia impongono alle istituzioni pubbliche e ai consociati di adempiere a doveri di solidarietà conservativa e, ove possibile, migliorativa (tra i quali ovviamente primo il dovere di cura, che, diversamente da qualche incauta approssimazione, non si esaurisce nella sola attività intesa alla guarigione o rimessione della patologia), anche attraverso istituti di integrazione o sostituzione dei processi volitivi sino al naturale compimento del ciclo vitale.

Premesse tali considerazioni, a prescindere da ogni ragione di merito, la d.g.r. Emilia-Romagna n. 194/2024, la correlata determinata direttoriale n. 2596/2024 e la recentissima d.g.r. n. 333/2024 sono non solo **illegittime**, ma persino radicalmente nulle per carenza assoluta di potere anzitutto, poiché, nel disciplinare il percorso finalizzato a realizzare il suicidio medicalmente assistito, invadono la sfera di competenza legislativa esclusiva dello Stato di cui all’art. 117, co. 2, lett. l) ed m), Cost., di cui peraltro non fa mistero la stessa dgr. n. 333/2024 che nelle premesse dichiara di voler intervenire sulle richieste sul fine vita “*per gli aspetti che esulano da quelli normati dalla Legge n. 219/2017*”: che, per forza di cosa, possono essere colmati, a tutto concedere, solo con legge statale.

*

1.1- LA COMPETENZA ESCLUSIVA STATALE IN MATERIA DI “ORDINAMENTO CIVILE” (ART. 117, CO. 2, LETT. L), COST.).

In primo luogo, va evidenziato che gli atti di disposizione del corpo, tra i quali indubbiamente rientra il suicidio assistito, incidono su aspetti essenziali dell’identità e dell’integrità della persona e riguardano, pertanto, l’ordinamento civile, **materia riservata alla potestà esclusiva dello Stato, ai sensi dell’art. 117, co. 2, lett. l), Cost.**

La disciplina di un ambito così delicato non può allora che essere caratterizzata da uniformità di trattamento a livello nazionale, per ragioni imperative di uguaglianza, escludendo conseguentemente una regolamentazione regionale. Tale assunto trova conferma nell’art. 5 cod. civ. che, regolamentando gli “*Atti di disposizione del proprio corpo*”, stabilisce che essi “*sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all’ordine pubblico o al buon costume*”.

Sul punto, appare utile richiamare quanto la Corte costituzionale ha affermato nella sentenza n. 262 del 2016, quando ha dichiarato illegittima una legge regionale del Friuli-Venezia-Giulia che, all'epoca, per "rimediare" all'asserita inerzia del legislatore statale, aveva introdotto una disciplina regionale in tema di disposizioni anticipate di trattamento sanitario. Non a caso, il giudice delle leggi ha accolto la questione di legittimità costituzionale in riferimento all'art. 117, co. 2, lett. 1), Cost., ricordando che, *"data la sua incidenza su aspetti essenziali della identità e della integrità della persona, **una normativa in tema di disposizioni di volontà relative ai trattamenti sanitari nella fase terminale della vita** – al pari di quella che regola la donazione di organi e tessuti – **necessita di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di eguaglianza, ratio ultima della riserva allo Stato della competenza legislativa esclusiva in materia di «ordinamento civile»**, disposta dalla Costituzione. Il legislatore nazionale è, nei fatti, già intervenuto a disciplinare la donazione di tessuti e organi, con legge 1 aprile 1999, n. 91 (Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti), mentre, in relazione alle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario, i dibattiti parlamentari in corso non hanno ancora sortito esiti condivisi e non si sono tradotti in una specifica legislazione nazionale, la cui mancanza, però, non vale a giustificare in alcun modo l'interferenza della legislazione regionale in una materia affidata in via esclusiva alla competenza dello Stato"* (Corte cost., n. 262/2016; enfasi aggiunte).

Quanto affermato dalla Corte costituzionale si applica perfettamente alla fattispecie del "suicidio assistito", che impatta con il diritto alla vita, a maggior ragione aspetto essenziale dell'integrità della persona; ragion per cui una normativa sul tema *"necessita di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di uguaglianza"*, che costituiscono la *ratio* della riserva dell'ordinamento civile alla potestà legislativa esclusiva dello Stato.

Ancor più recentemente, la Corte costituzionale ha statuito che la competenza legislativa esclusiva statale in materia di ordinamento civile risponde *"all'esigenza, sottesa al principio costituzionale di eguaglianza, di garantire sul territorio nazionale l'uniformità della disciplina dettata per i rapporti tra privati"* (cfr. Corte cost., n. 92/2023; *ex plurimis*, cfr. anche Corte cost., nn. 131/2013, 123/2010, 295/2009, 160/2009, 326/2008).

Il mancato rispetto della competenza esclusiva dello Stato comporta anche un rischio elevatissimo: quello che ogni Regione – peggio ancora, come accaduto nel caso di specie, ogni Giunta regionale, tra l'altro in totale carenza di potere – interpreti a proprio modo la giurisprudenza del giudice delle leggi sul fine vita, espandendo impropriamente ed erroneamente le indicazioni della Consulta sino al punto di mettere a repentaglio i principi costituzionali di uguaglianza e pari dignità sociale. Basti soltanto pensare che, nella denegata ipotesi in cui si legittimasse ciascuna Regione a disciplinare (per di più con atto della Giunta o addirittura amministrativo!) il c.d. fine vita, non vi sarebbe allora alcun ostacolo a consentire alle autonomie di approvare delle normative in materia di trapianti, procreazione artificiale, aborto... con ripercussioni inevitabili sulla tenuta del sistema costituzionale.

*

1.2- LA COMPETENZA ESCLUSIVA STATALE IN MATERIA DI “ORDINAMENTO PENALE” (ART. 117, CO. 2, LETT. L), COST.).

I provvedimenti impugnati hanno l'obiettivo di definire le condizioni e le modalità di accesso alla morte indotta, ciò all'evidente fine di elidere il disvalore (penale anzitutto) delle condotte di aiuto al suicidio.

Come appare evidente e ovvio, la precisazione di **ruoli, procedure e tempi tocca l'applicazione di una norma penale, l'art. 580 c.p., ricadendo, dunque, in un'ulteriore materia di potestà esclusiva dello Stato, come tale sottratta a qualsiasi forma d'intervento da parte di qualsiasi legislatore regionale: l'ordinamento penale.**

La Corte costituzionale ha ricordato che “[l]a ratio dell'art. 580 cod. pen. può essere agevolmente scorta, alla luce del vigente quadro costituzionale, nella «tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio. Essa assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere» (ordinanza n. 207 del 2018)” (Corte cost., n. 242/2019).

In tale contesto di tutela, la sentenza n. 242/2019 ha cesellato un rigoroso perimetro nel quale, in presenza dei tassativi requisiti (e pre-requisiti) ivi fissati, l'art. 580 c.p. appare *in parte qua* incostituzionale. Ora, ~~e banalmente~~, se ciascuna Regione fosse libera di fissare

(persino attraverso norme secondarie, con atto della Giunta o addirittura amministrativo!) la concreta estensione di tali requisiti di esimente penale direttamente o a mezzo di organi di propria discrezionale diramazione, si correrebbe il rischio di avere venti differenti normative regionali che condizionano, in modo altrettanto diverso, l'applicazione di una norma penale che invece va applicata uniformemente su tutto il territorio nazionale. Dunque, applicando una logica federale in uno Stato regionale (*rectius*, sovvertendo financo il tipo di Stato a Costituzione invariata), in Emilia-Romagna potrebbe non costituire reato ciò che magari rimarrebbe tale in Lombardia, il che, come ha ricordato in una intervista del 13 febbraio 2024 al quotidiano *Repubblica* il Presidente della Giunta regionale della stessa Emilia-Romagna, apparirebbe addirittura uno scenario “*ridicolo*”.

In conclusione, **la disciplina relativa alla titolarità e all'esercizio dei diritti fondamentali rientra nella competenza esclusiva del legislatore statale** ai sensi dell'articolo 117, co. 2, lett. l), Cost. (cfr. anche Corte cost., n. 228/2021), **così come ogni correlata scelta in tema di creazione o estensione della punibilità penale, con la radicale nullità di ogni determinazione assunta in senso incoerente con tale inderogabile principio.**

*

1.3- LA COMPETENZA ESCLUSIVA (*RECTE*, TRASVERSALE) STATALE SUI “LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI CONCERNENTI I DIRITTI CIVILI E SOCIALI” (ART. 117, CO. 2, LETT. M), COST.).

La delibera n. 194/2024, che istituisce “*il Comitato Regionale per l'Etica nella Clinica (COREC) della Regione Emilia-Romagna*” (art. 1), con il compito, tra l'altro, di fornire pareri “*relativi a richieste sul fine vita*” e “*in merito agli aspetti bioetici connessi alle attività sanitaria e socio-sanitaria all'allocazione e all'uso delle risorse, alla qualità delle cure e dei processi di umanizzazione della medicina*”, nonché la determina dirigenziale n. 2596/2024, recante “*Istruzioni tecnico-operative per la verifica dei requisiti previsti dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 e delle modalità per la sua applicazione*”, e la delibera di giunta integrativa n. 333/2024, **intervengono in quadro normativo nazionale totalmente privo dei necessari livelli essenziali delle prestazioni, violando così (anche) la competenza esclusiva-trasversale statale di cui all'art. 117, co. 2, lett. m), Cost.**

La Giunta regionale è consapevole dell'assenza della normativa nazionale in materia di assistenza medica e farmacologica a chi domandi supporti chimici e modalità sanitarie

idonee per suicidarsi; ciononostante, ha illegittimamente inteso delineare un percorso per il “suicidio medicalmente assistito”, in manifesta assenza di qualsiasi norma di livello primario che a ciò la facoltizzasse (tale non potendo in alcun modo qualificarsi, neppure in via di provvisoria e precaria surrogazione, la sent. n. 242/2019 della Corte costituzionale).

Anzitutto va rammentato che, sin dalla sentenza n. 282/2002, la Corte costituzionale ha precisato che *“i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali non sono una materia in senso stretto, ma una competenza del legislatore idonea a investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull’intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale dei diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle”*. Per quanto riguarda l’ambito oggettivo della norma, va detto che essa potenzialmente fa riferimento al complesso dei diritti che si ritiene non possano essere recessivi, nel loro contenuto essenziale, rispetto a scelte legislative regionali, poiché idonei a esprimere l’identità stessa dello Stato democratico.

Sul punto, **la Corte costituzionale ha inequivocabilmente ribadito che la competenza in materia di livelli essenziali delle prestazioni costituisce una sfera esclusiva e trasversale dello Stato centrale**, rispetto alla quale, perciò, solo *“il legislatore nazionale deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull’intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle”* (cfr., *ex plurimis*, Corte cost. nn. 282/2002, 353/2003, 338/2003, 134/2006, 115/2012, 231/2017, 72/2020, 91/2020).

Invero, in materia di prestazioni sanitarie è stata affermata dallo stesso giudice delle leggi *“l’indefettibilità e la generalità di una **disciplina uniforme su tutto il territorio nazionale** collegata a specifiche prestazioni delle quali la normativa statale definisce il livello essenziale di erogazione, pur in un sistema caratterizzato da autonomia regionale e locale costituzionalmente garantite”* (Corte cost., n. 72/2020).

Il tema trattato riguarda, peraltro, questioni attinenti a prestazioni idonee addirittura ad interrompere la vita, con inevitabili (e inaccettabili) differenziazioni territoriali: differenziazione che la Giunta regionale ora introduce, dando la stura, di fatto, ad un vero e proprio “mercato del fine vita” sul territorio nazionale ed europeo.

Non è un caso che il Comitato Nazionale per la Bioetica, fin dal parere in materia di “suicidio medicalmente assistito” del 31.03.2017, abbia perentoriamente evidenziato che “vanno assolutamente evitate, considerando le diversità, organizzative tra le regioni e spesso tra le stesse aziende sanitarie, disparità di trattamento e di tutela tra soggetto e soggetto”. Anche nel parere del 24.02.2023, lo stesso Comitato Nazionale ha ritenuto “che debba essere fatto ogni sforzo per evitare che vi siano approcci troppo differenziati o addirittura contrastanti nella valutazione delle condizioni indicate dalla Corte costituzionale, in particolare per quanto riguarda – in assenza di una definizione normativa applicabile in modo uniforme a livello nazionale – le possibili interpretazioni della nozione di «trattamenti di sostegno vitale»”.

Attualmente, le due leggi vigenti sul c.d. fine vita (nn. 38/2010 e 219/2017) **non contengono livelli essenziali in materia di suicidio medicalmente assistito, con la conseguenza che, come ricordato anche dall’Avvocatura generale dello Stato lo scorso 15 novembre 2024, il Parlamento deve ritenersi il solo “organo competente a legiferare in materia”**. Del resto, è noto che *“l’incrocio di valori di primario rilievo, il cui compiuto bilanciamento presuppone, in via diretta ed immediata, scelte che anzitutto il legislatore è abilitato a compiere, questa Corte reputa doveroso – in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale – consentire, nella specie, al Parlamento ogni opportuna riflessione e iniziativa”* (Corte cost., ord. n. 207/2018).

Contravvenendo a tali pacifici principi, la determina direttoriale 2596/2024, al punto 5), **impon**e alle Aziende sanitarie emiliano-romagnole di “assicura[re] l’attuazione” del suicidio assistito con *“l’individuazione di personale adeguato”*, nonché *“fornendo”* i “farmaci indicati dagli organi consultivi; vale a dire, **introducendo una prestazione sanitaria obbligatoria priva di copertura di legge e quindi illegittima.**

Per completezza deve, altresì, ricordarsi che la sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, da un lato – a costo di essere banali – non può essere invocata alla stregua di una legge del Parlamento; dall’altro, essa è comunque inequivocabile nel precisare che *“la declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell’aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici”*. Ciò sta a significare che **non è legittimo prevedere – come invece accade nei provvedimenti contestati – un obbligo di prestazione sanitaria, indicando, cioè, alcuni**

requisiti in presenza dei quali, del tutto eccezionalmente, l'aiuto al suicidio non sarebbe penalmente perseguibile.

1.4- LA VIOLAZIONE DELL'ART. 2 DEL D.LGS. N.281/1997

Sotto tale profilo, va poi denunciata, in via gradata, anche la violazione dell'art. 2 del d.lgs. 281/1997 che assegna compiti specifici alla Conferenza Stato-Regioni nel più ampio e residuale contesto sia del coordinamento normativo per tutte le funzioni o servizi di pubblico interesse aventi rilevanza nell'ambito territoriale delle regioni, sia sui poteri della Conferenza in ordine agli indirizzi per l'uniforme applicazione dei percorsi diagnostici e terapeutici in ambito locale e in ordine alle sperimentazioni gestionali di cui all'art. 9-bis del d. lgs. 502/1992 avanzati dalle Regioni.

1.5. PER QUANTO OCCORRER POSSA: L'INAPPLICABILITÀ DEL CRITERIO DI CEDEVOLEZZA NORMATIVA.

Nel caso di specie, al fine di legittimare l'intervento del legislatore regionale (e, a maggior ragione, dell'amministrazione), non si potrebbe nemmeno invocare l'applicazione del principio di cedevolezza, a fronte di un'ipotetica inerzia del legislatore centrale. Ciò in quanto la cedevolezza normativa *“attiene alle materia di competenza esclusiva regionale e a quelle di competenza concorrente”*, *“senza però che la previsione della clausola consenta alle Regioni di intervenire in ordine a profili che attengano alla competenza esclusiva del legislatore statale”* (Corte cost., n. 1/2019).

Siffatti assunti valgono soprattutto in una fattispecie quale quella in esame, in cui vengono in rilievo esigenze unitarie; sarebbe infatti impensabile rinvenire una disciplina differenziata Regione per Regione, ove l'ordinamento manifesti piuttosto la necessità di uniformità normativa.

*** *** ***

2.- VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DELL'ART. 117, CO. 3, COST. IN MATERIA DI “TUTELA DELLA SALUTE”.

Nella denegata e non creduta ipotesi in cui l'Ill.mo Collegio adito ritenga – ma davvero non si vede come – che la materia del fine vita non ricada tra le competenze esclusive dello Stato, si ravvisa comunque un'evidente **lesione del criterio di ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni di cui all'art. 117, co. 3, Cost., in materia di “tutela della salute”.**

In premessa, buon senso ancor prima che il chiaro segno di cui all'art. 32 della Costituzione ovvero di cui all'art. 1 della legge 833/1978, dovrebbero indurre a escludere, “testualmente”, che una procedura “medicalizzata” che porta velocemente alla morte ricada nella materia “*tutela della salute*”. Tale prospettiva costituzionale, infatti, indica un'attività delle istituzioni repubblicane finalizzata alla cura dell'esistenza in ogni condizione essa versi, nella quale accezione non possono perciò trovare spazio azioni indirizzate, invece, ad interrompere volontariamente l'esistenza stessa. Sarebbe, cioè, a dir poco paradossale, oltre che preoccupante, se vi fosse un'interpretazione, letterale o sistematica, di segno opposto alla direzione assiologica verso cui indirizzano le norme richiamate.

In ogni caso, anche nell'ipotesi in cui si ravvisasse una competenza concorrente (circostanza espressamente esclusa anche dall'Avvocatura dello Stato nel richiamato parere), le Regioni non potrebbero comunque intervenire in materia, mancando una legge quadro statale.

La disciplina regionale impugnata (contenuta addirittura in fonti secondarie: delibere di Giunta e atti amministrativi) costituisce allora una “fuga in avanti” totalmente illegittima che, se non tempestivamente arginata, sarà oggetto di emulazione normativa da parte di altre Regioni, ciascuna con le proprie peculiarità, contribuendo a favorire lo sviluppo di un “turismo della morte” inaccettabile, prima ancora che illegittimo.

Sul punto, si segnala la sentenza 282/2002, con la quale il giudice delle leggi ha dichiarato incostituzionale una legge della Regione Marche che sospendeva la terapia elettroconvulsivante (cd. *elettroshock*), la lobotomia prefrontale e transorbitale ed altri simili interventi di psicoturgia. In quell'occasione, la Corte ha ricordato che la “tutela della salute” è vincolata al rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla legislazione statale.

Il punto è che, nel caso di specie, sono del tutto assenti i principi fondamentali a cui tanto l'azione legislativa regionale, quanto l'azione amministrativa, hanno il dovere di conformarsi. Una Regione libera di regolare una materia così delicata attraverso atti normativi secondari (o, peggio, meramente amministrativi) produrrebbe, infatti, **l'aberrante effetto di sottrarre la disciplina di funzioni addirittura incidenti sulla vita dei cittadini al sindacato di costituzionalità del giudice delle leggi.**

Appare indispensabile, pertanto, come prefigurato dallo stesso Comitato Nazionale per la Bioetica nel parere del 31.03.2017, che sia “*il legislatore*”, se del caso (cioè, ove discrezionalmente decida di procedere in tal senso), a “*istituzionalizzare il ruolo e i compiti*

dei Comitati per l'etica della clinica", anche in quanto nella precipua materia del fine-vita "vanno assolutamente evitate, considerando le diversità organizzative tra le regioni e spesso tra le stesse aziende sanitarie, disparità di trattamento e di tutela tra soggetto e soggetto"(v. Nota Presidente CNB 22.3.2021).

*** *** ***

3.- CARENZA DI POTERE E/O INCOMPETENZA DELLA GIUNTA REGIONALE IN RELAZIONE ALLA D.G.R. 194 DEL 05/02/2024 NONCHE' ALLA D.G.R. 333 DEL 26/02/2024 – VIOLAZIONE DELL'ART. 97 COST. – VIOLAZIONE DELLO STATUTO REGIONE EMILIA – ROMAGNA.

La Delibera n. 194/2024 e la successiva 333/2024, nonché, l'atto amministrativo a valle della prima sono altresì illegittimi per carenza assoluta di potere o, comunque, per incompetenza sotto un profilo ulteriore rispetto a quelli sin qui esaminati.

Nel caso di specie è ravvisabile la carenza assoluta di potere, in quanto non vi è nell'ordinamento alcuna norma che attribuisca all'Amministrazione regionale il potere di disciplinare (vieppiù a mezzo di un atto della Giunta o, peggio, di un atto amministrativo) **un procedimento riferito al c.d. suicidio assistito.**

In materia, piuttosto, la Corte costituzionale, evidentemente non potendo esaminare alcuna norma riferibile a prestazioni in materia di suicidio assistito (in quanto inesistente), né potendo imporre al legislatore di legiferare, si è pronunciata sull'interpretazione costituzionalmente orientata di una norma penale esistente, l'art. 580 c.p., relativamente alla punibilità di chi aiuti un'altra persona a compiere l'atto suicida.

La pronuncia, quindi, non prende in esame *ex ante* una condotta relativa al c.d. suicidio assistito (in fase di domanda e prima che il suicidio avvenga), ma prende in esame una condotta *ex post*, affermando unicamente che non sarà punibile chi avrà concorso nel suicidio (una volta che lo stesso sia già avvenuto), laddove sussistano le condizioni delineate dalla Corte stessa e peraltro limitatamente alle condotte poste in essere successivamente alla pubblicazione della sentenza (cfr. capo 7 della sentenza).

Constatata la lacuna normativa in materia di suicidio assistito, la Corte, dopo aver espresso l'auspicio di un intervento del legislatore **(non certo regionale!)**, ha indicato alcuni elementi che avrebbero consentito, nelle more, la diretta applicazione del senso (penalistico) dell'esimente introdotta dall'arresto stesso.

Quel che è certo è che l'auspicio contenuto nella Sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019 comprova che ad oggi, come già detto, la legislazione vigente non prevede alcuna norma che istituisca un diritto esigibile al suicidio assistito o che consenta alle P.A. di proceduralizzare lo stesso, permettendo “*al medico di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti, non già ad eliminare le sue sofferenze, ma a determinarne la morte*” (capo 2.3 sentenza).

Tanto, rileva non solo sotto il profilo della già dedotta palese violazione di legge costituzionale, ma anche sotto il profilo della carenza assoluta di potere in capo a una amministrazione regionale.

In mancanza di una norma che attribuisca all'Amministrazione regionale il potere di provvedere in materia di suicidio assistito, qualunque atto in materia (vieggiù se di una Giunta o, peggio, meramente amministrativo) risulta posto in essere in carenza assoluta di potere.

La Giunta regionale, con la Delibera n. 194/2024, è invece intervenuta in via amministrativa non solo per costituire *ex novo* un soggetto (ossia il COREC, peraltro disattendendo le indicazioni fornite dalla Corte come si dirà) ma anche per attribuirgli una serie di funzioni tra le quali quella di “*fornire pareri relativi a richieste sul fine vita*”.

La auto attribuzione da parte dell'ente regionale di tale funzione in difetto di qualunque competenza, sia legislativa che amministrativa – peraltro **senza che vi sia alcuna copertura normativa, e quindi in palese violazione del principio di legalità** di cui all'art. 97 Cost. – comunque configge frontalmente anche con la stessa sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale, su cui si avrà modo di tornare

In ogni caso, *in subiecta materia* spetta allo Stato la competenza legislativa esclusiva, anche laddove riguardi solo la “*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*”.

Nonostante ciò, la D.G.R. 194/204 ha introdotto, e la D.G.R. 333/2024 ha ribadito, la possibilità di presentare “*richieste sul fine vita*” presupponendo la possibilità di instaurare un procedimento preordinato al c.d. suicidio assistito, assolutamente **non normato e senza alcuna previa attribuzione di competenze - sia legislative che amministrative - all'ente regionale.**

Essendo stata introdotta tale possibilità in assenza di qualsivoglia disposizione normativa che attribuisca alla Regione il potere di provvedere al riguardo, le Delibere assunte dalla Giunta Regionale sono viziate da carenza assoluta di potere

3.1- In estremo e radicale subordine, anche volendo ammettere senza affatto concederlo) che la Regione potesse provvedere in materia di suicidio assistito, comunque non avrebbe potuto farlo attraverso lo strumento della Delibera di Giunta, spettando semmai la competenza al Consiglio Regionale.

Infatti, è ben vero che ai sensi dello Statuto della Regione Emilia-Romagna (L.R. 13/2005) la Giunta esercita attività di amministrazione e adotta “*ogni altro provvedimento che lo Statuto e le leggi, nel rispetto delle competenze statutarie, non affidano alla competenza dell'Assemblea*” (art. 46).

È quindi vero che, in linea teorica, essa potrebbe essere competente ad emettere atti amministrativi che rechino indicazioni operative in attuazione di disposizioni legislative nazionali e regionali. Ma, anzitutto, **queste disposizioni non ci sono!** In secondo luogo, l'art. 28 co. 3 dello Statuto regionale prevede che spetti all'Assemblea, oltre che approvare le leggi regionali, anche “*k) approvare gli atti di indirizzo generale delle attività della Regione; l) approvare ordini del giorno relativi all'attività della Giunta, anche con riferimento alla predisposizione di progetti legislativi di particolare complessità e rilevanza istituzionale*”.

Dunque, in assenza persino di una legge regionale (su cui non vi sarebbe comunque competenza ex art. 117 Cost.), si dovrebbe almeno ritenere, a tutto concedere, che il suicidio assistito rientri se non negli atti di indirizzo generale delle attività della Regione, quantomeno certamente nel novero degli ordini del giorno di particolare complessità e rilevanza, la competenza su tali materie è del Consiglio regionale e non della Giunta.

Infatti, come si è già detto, la Corte costituzionale ha manifestato il proprio parere sull'urgenza di un intervento legislativo in materia di suicidio assistito; tuttavia, nel farlo, ha espressamente indicato che debba essere il Legislatore nazionale a farsi carico di tale onere, **non certo i legislatori regionali e men che mai i loro organi esecutivi o, peggio, amministrativi**. Nonostante ciò, la Regione Emilia-Romagna, fraintendendo totalmente l'auspicio espresso dalla Corte costituzionale relativamente a un intervento in materia di suicidio assistito, si è attivata in via amministrativa mediante una Delibera di Giunta (anzi, due).

Tale *modus operandi* risulta particolarmente grave, anche solo a fronte del fatto che recentemente era stata presentata al Consiglio Regionale emiliano romagnolo una proposta legislativa di iniziativa popolare proprio in materia di suicidio assistito.

Nonostante ciò, e nonostante soprattutto l'art. 27 co.1 dello Statuto regionale preveda che “*Il Consiglio regionale costituisce l'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna; è organo della rappresentanza democratica regionale, di indirizzo politico e di controllo. All'Assemblea spetta in esclusiva la potestà legislativa regionale*”, nonostante quindi avrebbe dovuto essere il Consiglio regionale a farsi semmai carico di esaminare la tematica del suicidio assistito, della questione si è “impossessato” l'Esecutivo dell'Ente territoriale.

Al più, in linea astrattamente teorica (visto che il Legislatore competente in materia è quello nazionale e non quello regionale), la Giunta avrebbe potuto adottare un provvedimento attuativo di una legge regionale, ma non provvedimenti “indipendenti” come quelli odiernamente gravati.

Con le Delibere impugnate, invece, non solo è stata posta in essere un'attività amministrativa priva di qualsivoglia copertura normativa, ma si è altresì violato il principio democratico di cui all'art. 1, co. 1, Cost., al cui sommo rispetto invece si sono implicitamente richiamati sia la Corte costituzionale nell'esprimere il proprio auspicio, sia il comitato promotore della proposta di legge d'iniziativa popolare.

Di qui anche l'interesse qualificato del ricorrente consigliere regionale a non vedere pregiudicato il ruolo dell'organo cui appartiene.

3.2- Sempre con riferimento alla carenza di potere e/o incompetenza, merita particolare attenzione la dichiarata (singolare e illegittima) integrazione postuma della motivazione della D.G.R. 194/2024 operata dalla Giunta mediante la D.G.R. 333/2024.

Difatti, con la D.G.R. 333/2024 la Giunta, che nella 194/24 non aveva parlato di “*diritto al suicidio assistito*” (cosa che, invece, sarebbe stato fatto subito dopo dalla Determina Dirigenziale, cfr. infra), afferma invece che sussisterebbe addirittura un vero e proprio diritto: “*l'assistenza medica anche al suicidio, nei casi, nei limiti, e con le garanzie disegnati dalla sentenza della Corte, vada assicurata quale forma di rispetto del diritto costituzionale di autodeterminazione dell'individuo*”, e che

- “*nell'ottica di consentire da subito ai cittadini l'effettivo accesso a tale diritto, ...*”.

In altre parole, la Giunta con la D.G.R. 333/2024, non solo tenta artatamente d'introdurre il diritto al suicidio assistito quale asserita declinazione di un diritto di autodeterminazione da intendersi come diritto assoluto, ma soprattutto **si autoattribuisce il potere di stabilire “diritti” fondamentali, potere che certo non compete all’ente regionale, foss’anche sotto le (mentite) spoglie di una declinazione di un generale diritto di autodeterminazione.**

Una abnormità.

Tale tentativo si scontra con il fatto che la stessa Corte costituzionale ha auspicato in materia di suicidio assistito l'intervento del Legislatore, Risultata pertanto del tutto infondata e illogica la lettura proposta dalla D.G.R. 333/2024 della sentenza della Corte costituzionale 242/2019 e le conseguenze che essa ne vorrebbe trarre.

In ogni caso, anche ammettendo (in linea meramente astratta e teorica) che la tematica del suicidio assistito potesse rientrare nelle competenze regionali, la Giunta nello stabilire *ex novo* con la D.G.R. 333/2024 l'esistenza di un *diritto* al suicidio assistito ha travalicato il limite di ogni sua competenza, emanando un atto che sarebbe dovuto rientrare, al limite, nella competenza dell'organo legislativo della Regione, ossia il Consiglio.

La D.G.R. 333/2024 è quindi viziata da carenza di potere radicale e incompetenza assoluta ed è pertanto nulla ai sensi dell'art. 21-septies L. 241/1990.

3.3- Inoltre, in estremo subordine, se anche la Regione Emilia-Romagna avesse avuto in astratto la potestà legislativa (esclusiva o concorrente che fosse) in materia di suicidio assistito (il che, come già dedotto, assolutamente non è), la competenza a esercitare tale potestà avrebbe dovuto essere al più in capo al Consiglio Regionale, non alla Giunta.

L'operato della Giunta risulta quindi ancora lesivo delle prerogative del Consiglio Regionale e dei suoi Consiglieri, tra le quali in particolare quelle indicate agli artt. 27 e 28 dello Statuto della Regione Emilia-Romagna. Il vizio qui dedotto giustifica, per altro verso, l'interesse al ricorso della cons. Castaldini, le cui prerogative risultano lese.

*** *** ***

4.- CARENZA DI POTERE E/O INCOMPETENZA DEL DIRETTORE GENERALE IN RELAZIONE ALLA DETERMINAZIONE N. 2596 DEL 09/02/2024 – VIOLAZIONE DELL'ART. 97 COST.

L'apice della abnorme illegittimità viene raggiunto quando, pochi giorni dopo l'emanazione della DGR 194/2024, viene emanata dal Direttore Generale della Direzione Generale Cura

della Persona, Salute e Welfare la Determinazione n. 2596 del 9.2.2024, recante “*Istruzioni tecnico operative per la verifica dei requisiti previsti dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 e delle modalità per la sua applicazione*”.

Con essa, il Direttore Generale, **nella dichiarata piena consapevolezza dell’“assenza di disciplina legislativa nazionale o regionale sul tema”** del suicidio assistito (pag. 3), e nell’errato intento di dare attuazione alla Sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale e alla D.G.R. 194/2024, ha:

- **affermato l’esistenza di un diritto al suicidio medicalmente assistito;**
- **istituito** un soggetto non previsto né dal legislatore, né dalla Corte Costituzionale né dalla Giunta Regionale, ossia la “*Commissione di valutazione di Area Vasta*”;
- **confermato** quanto già previsto dalla D.G.R. 194/2024, ossia **che il parere richiesto dalla Corte Costituzionale debba essere espresso da un C.E.C.** e non da un C.E.T., come invece chiarito dal Comitato Nazionale di Bioetica nel parere del 24.2.2023;
- **previsto che il C.E.C. competente sia il C.O.R.E.C.** istituito dalla D.G.R. 194/2024;
- **esplicitato** quanto già implicitamente sottinteso dalla D.G.R. 194/2024, ossia **che la Corte Costituzionale avrebbe reso ammissibile la proceduralizzazione del suicidio assistito** dando la possibilità di valutare la condotta *ex ante* in termini di ammissibilità della domanda di suicidio assistito, anziché *ex post* in termini di non punibilità;
- **stabilito che il parere del comitato sarebbe “non vincolante”,** e ciò in violazione di quanto stabilito dalla Corte Costituzionale;
- **attribuito alla citata “Commissione di valutazione di Area Vasta” tutta la competenza sia in fase istruttoria sia in fase decisionale;**
- **imposto alle Aziende USL di “assicurare l’attuazione”** della “*procedura*” positivamente vagliata dalla “*Commissione di valutazione di Area Vasta*”.

Dai contenuti della Determina si evince che la stessa non reca affatto mere “Istruzioni tecnico operative” e “modalità” per l’applicazione di quanto stabilito dalla Sentenza della Corte Costituzionale, ma ha un contenuto che travalica la natura tipica dell’atto amministrativo.

Essa, difatti, nella già ricordata dichiarata consapevolezza dell’“assenza di disciplina legislativa nazionale o regionale sul tema” (pag. 3), ha inteso dare (erroneamente) attuazione

all'auspicio della Corte Costituzionale, non solo creando *ex novo* un procedimento di suicidio assistito vincolante sul territorio regionale (e difforme dal resto del Paese), ma soprattutto affermando per la prima volta nell'ordinamento l'esistenza di un vero e proprio diritto al suicidio medicalmente assistito.

Infatti, nella premessa della Determina è scritto: *“Nelle more dell'intervento del legislatore statale, le presenti istruzioni tecnico-operative intendono rispondere all'esigenza sollevata nella citata sentenza fornendo indicazioni operative per la gestione delle richieste di suicidio medicalmente assistito (SMA) dal ricevimento della richiesta e per tutto il suo legittimo percorso, assicurando il rispetto delle condizioni stabilite dalla Corte Costituzionale e l'esigibilità del diritto al fine di evitare abusi in danno di persone vulnerabili, garantire la dignità del paziente ed evitare al medesimo sofferenze”*.

Orbene, quand'anche -il che si esclude categoricamente- si ammettesse la possibilità di una qualche competenza regionale in materia, il Direttore Generale ha travalicato i limiti della sua specifica competenza, emanando un atto che sarebbe dovuto rientrare nella competenza dell'organo legislativo della Regione, ossia il Consiglio, non certo in quella della Direzione Generale.

La Determina è quindi viziata da incompetenza assoluta ed è pertanto nulla anche perchè non è ammissibile che attraverso un atto amministrativo (di una Regione!) si venga a stabilire un vero e proprio diritto al suicidio medicalmente assistito.

4.1- In subordine, la Determina dovrebbe comunque essere dichiarata illegittima nella parte in cui crea un diritto al suicidio medicalmente assistito contrario all'art. 2 Cost. e all'art. 2 CEDU.

4.2.- Avendo la Determina stabilito la sussistenza del diritto al suicidio assistito, essa ha di fatto attratto nella competenza della struttura amministrativa afferente alla Giunta una competenza che invece (se mai fosse stata astrattamente riconducibile alla potestà legislativa regionale) doveva essere del Consiglio Regionale. Per questo la Determina risulta altresì lesiva delle prerogative del Consiglio Regionale e dei suoi consiglieri di cui agli artt. 27 e 28 dello Statuto della Regione Emilia-Romagna.

4.3- La Determina è poi contraria al principio di tipicità, in quanto essa vorrebbe creare in via amministrativa un paradigma procedimentale del suicidio assistito a livello regionale pur non esistendo alcun paradigma a livello normativo di tale procedimento.

4.4- In subordine, la stessa è **contraria al principio di legalità**; infatti, anche volendo ammettere che i contenuti della Determina siano mere “*Istruzioni tecnico operative*” e “*modalità*” per l’applicazione di quanto stabilito dalla Sentenza della Corte costituzionale, le stesse avrebbero potuto essere emanate solo successivamente alla promulgazione di un’apposita legge.

Infatti, in base al principio di legalità di cui all’art. 97 Cost, ogni provvedimento deve essere conforme alla legge.

La citata esplicita ammissione di “assenza di disciplina legislativa nazionale o regionale sul tema” rende ancor più grave l’illegittimità della Determina, in quanto denota la piena consapevolezza del suo autore di operare al di fuori del principio di legalità.

Potendosi intendere il principio di legalità nel senso che *si presume conforme alla legge ogni atto che sia positivamente fondato sulla legge*, laddove non vi sia una legge alla base del provvedimento lo stesso dovrà dirsi contrario al citato principio.

4.5- Si aggiunga poi che la Determina al §5 delle Istruzioni indica in modo perentorio che “*In caso di parere favorevole della Commissione, la Direzione sanitaria dell’Azienda dove deve essere svolta la procedura (Azienda USL territorialmente competente o Azienda ospedaliera in caso di paziente ivi ricoverato) assicura l’attuazione della stessa attraverso l’individuazione di personale adeguato, individuato su base volontaria, il rispetto dei tempi e delle modalità previste, fornendo quanto indicato nella relazione conclusiva ed assicurandone la gratuità. L’effettuazione della procedura deve avvenire non oltre sette giorni dal ricevimento della relazione conclusiva della Commissione*”.

Dunque, la **Determina stabilisce illegittimamente un vero e proprio obbligo in capo alle Aziende USL e Aziende ospedaliere di rispettare il parere della Commissione, di attuarne i contenuti e di fare tutto ciò in sette giorni (!)**.

Invero, la carenza di un elemento essenziale del provvedimento impedisce al provvedimento stesso di produrre effetti.

Mancando nel caso di specie una norma che attribuisca al Direttore generale il potere di creare *ex novo* il procedimento di suicidio assistito, manca un elemento essenziale, con la conseguenza che la Determina non può produrre alcun effetto, men che meno quello di fare sorgere un obbligo in capo alle Aziende USL e Aziende ospedaliere.

4.6- In subordine, anche volendo ammettere che vi fossero tutti gli elementi essenziali, la Determina comunque dovrebbe essere dichiarata illegittima nella parte in cui crea un obbligo, consistente nell'imporre alle Aziende USL e alle Aziende ospedaliere una condotta attiva di assistenza al suicidio, contrario all'art. 2 Cost. e all'art. 2 CEDU.

4.7- Ciò rileva anche in relazione alla prevista "gratuità" del suicidio assistito.

Il Direttore generale, **infatti, in assenza di una norma che gli attribuisca il potere di istituire e disciplinare ex novo il procedimento di suicidio assistito, non può porre a carico del bilancio del sistema sanitario una prestazione connessa a tale procedimento.**

A nulla vale il richiamo operato dalla Determina alla "nota del Ministro della Salute, inviata a tutti i Presidenti di Regione in data 20 giugno 2022" ed al relativo passaggio secondo cui "Gli oneri associati al trattamento oggetto delle presenti istruzioni tecnico-operative sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale".

Difatti, tale nota non costituisce un atto normativo idoneo a giustificare l'attribuzione di tali voci di costo al bilancio del sistema sanitario.

Anche sotto questo profilo inerente la assenza di ogni copertura economico e finanziaria, la Determina è illegittima.

*** *** ***

5.- VIOLAZIONE DELLA NORMATIVA IN TEMA DI COMITATI ETICI – VIOLAZIONE DELL'ART. 12 DEL D.L.13 SETTEMBRE 2012, N. 158, CONVERTITO NELLA LEGGE 8 NOVEMBRE 2012, N. 189 E RELATIVA DECRETAZIONE ATTUATIVA – VIOLAZIONE DELL'ART. 2 DELLA LEGGE 11 GENNAIO 2018, N. 3 - VIOLAZIONE DEI DD.MM. MINISTRO DELLA SALUTE NN. 852 DEL 26.1.2023 E 853 DEL 30.1.2023 – VIOLAZIONE DELLA SENTENZA 24 SETTEMBRE 2019, N. 242 (PAR. 5) - VIOLAZIONE DEGLI ARTT. 3, 32, 97, 117 DELLA COSTITUZIONE – ECCESSO DI POTERE ASSOLUTA CARENZA DEI PRESUPPOSTI DICHIARATI A GIUSTIFICAZIONE DELLE DECISIONI ASSUNTI – CARENZA DI POTERE IN ORDINE ALLA COSTITUZIONE DELLA COMMISSIONE DI AREA VASTA E DEL COREC – ECCESSO DI POTERE PER INFICIANTE CONTRADDITTORIETÀ IN ATTI - ECCESSO DI POTERE PER INSANABILE ILLOGICITÀ E INCONGRUITÀ DEGLI ORGANI INDIVIDUATI

RISPETTO AI “VALORI IN GIOCO”– VIOLAZIONE DELL’ART. 3 DELLA LEGGE 7 AGOSTO 1990, N. 241 – PROFILI DI SVIAMENTO

Come anticipato, la DGR 194/2024, la determina direttoriale n. 2596/2024, nonché l’ulteriore DGR 333/2024 individuano e attribuiscono, pur non avendone il potere, a un Comitato per l’Etica nell’assistenza Clinica (CEC) le specifiche funzioni prefigurate dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, al fine, cioè, di valutare la presenza o meno delle eccezionali condizioni, in presenza delle quali è stata perimetrata una esimente dal reato di aiuto al suicidio di cui all’art. 580 c.p.

Il senso ultimo dell’iniziativa della Giunta della Regione Emilia-Romagna è di ritenere possibile una assoluta libertà d’azione **in sede meramente amministrativa**, così da poter costituire e scegliere quale organo possa procedere alla verifica delle eccezionali condizioni in (sola) presenza delle quali la sentenza della Corte costituzionale 242/2019 ha perimetrato una deroga al reato di cui all’art. 580 c.p.. In questa pretesa, la Giunta, come si è avuto modo già di annotare, afferma complesse e non poco strumentali ragioni per assegnare tale funzione a un *Comitato per l’Etica Clinica* (CEC, nella fattispecie COREC) di nuovo conio, composto dalla Giunta regionale a proprio piacimento.

Si tratta di un organo che non ha fondamento in alcuna norma di legge, che tradisce le indicazioni del citato arresto della Consulta, che concorre a una incostituzionale disomogeneità rispetto a primari “valori in gioco”, che ignora l’unica normativa positiva in materia e che comunque dimentica essenziali tutele per i malati specie nell’utilizzo dei medicinali.

Ai paragrafi successivi, si renderà quindi necessario, *in primis* ricostruire sinteticamente la situazione dei Comitati Etici (C.E.) in Italia, per avere evidenza dell’inesistenza, per i profili che interessano, di una disciplina per i “CEC” cui appartiene anche il Comitato emiliano-romagnolo (**par. a**).

A seguire, verranno richiamati i precisi cogenti contenuti della sentenza della Corte n. 242/2019 sullo specifico punto di tale prevista valutazione (**par. b**), altresì evidenziando gli indirizzi di natura bio-etica intervenuti da parte del preposto Comitato Nazionale di Bioetica 24.2.2023, prima tanto enfatizzati nel corpo motivazione della delibera giunta 194, quanto poi sconfessati, strumentalizzati e disattesi nella dgr 333/24 di pochi giorni dopo (**par. c**).

Infine, alla luce dei canoni di legalità sintetizzati, verranno rappresentati, per le due delibere giuntali 194 e 333, nonché per la determina 2596, le principali e di per sé evidenti illegittimità sotto questi profili (**par. d**).

*

5.1- C.E. e CEC: LA SITUAZIONE ITALIANA E L'UNICA NORMATIVA ESISTENTE SUI C.E.

La materia dei Comitati Etici in Italia non propone certamente un esempio di assetto normativo di immediata percezione; ma quel che è altrettanto certo è che, seppur in presenza di diverse funzioni, l'unica disciplina nazionale esistente è quella riferibile ai C.E., divenuti gli attuali "Comitati Etici Territoriali" (CET) ovvero, residualmente, Comitati Etici Locali (CEL), prioritariamente finalizzati alla sperimentazione farmacologica, che non sono i "Comitati per l'assistenza nella clinica" (CEC) pretesi dall'Amministrazione, i quali rappresentano, invece, organi, privi di competenze farmacologiche, istituiti per autonoma iniziativa solo da alcune Regioni nell'ambito di una propria capacità organizzativa che deve essere riferibile, tuttavia, a prestazioni sanitarie tipizzate e assegnate alle regioni stesse in quanto LEA, dunque predefinite sul piano nazionale.

Esclusivamente ai C.E./CET/CEL fa riferimento -come si è già accennato e come si vedrà- la sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, che ha evidenziato la necessità, a protezione dei più vulnerabili, di una verifica della massima competenza in ordine all'utilizzo off label di farmaci e di presidi sanitari per un atto suicidario e che, comunque, ha specificato come non esista alcun obbligo di prestazioni in tal senso da parte del Servizio Sanitario, né dunque alcuna funzione sanitaria poi organizzabile in sede regionale.

Così, all'opposto delle premesse affermate negli atti contestati, le scelte dell'Amministrazione regionale non hanno affatto rispettato i precetti costituzionali anche derivanti dalla sentenza 242 e dalla normativa ivi richiamata.

5.2- DUE FUNZIONI PER LA STESSA TIPOLOGIA DI COMITATI ETICI.

Secondo la letteratura scientifica sono **due** le principali funzioni che possono incombere su organi preposti alle questioni bioetiche in campo sanitario, l'una per la **sperimentazione farmacologica, nonché le indagini sui dispositivi medici** e l'altra per l'**assistenza etica nella clinica**, secondo la ricostruzione operata anche dal CNB-Comitato Nazionale per la Bioetica nel parere del 31.3.2017 (cfr., per una ampia rappresentazione storica dei Comitati

Etici in Italia, Carlo Petrini, Silvio Brusaferrò, *Comitati etici e ricerca in Italia: verso nuovi assetti normativi, dando uno sguardo al passato*, Quotidiano Sanità 25 novembre 2019).

Storicamente, dette due funzioni sono state svolte dalla stessa tipologia di organi consultivi ovvero dai Comitati Etici, strutturalmente vocati, persino sotto il profilo della composizione, alle incombenze per la sperimentazione farmacologica, ai quali sono state via via assommate, se del caso, anche ulteriori valutazioni di carattere etico su casi di pratica clinica riconducibili alle attività assistenziali normativamente attribuite al Servizio Sanitario

In effetti, la disciplina positiva italiana (cfr. “Decreto Balduzzi” e poi “Legge Lorenzin”) ha sempre costituito, con omogeneità di composizione e di funzioni sull’intero territorio nazionale, Comitati Etici (C.E.), con una matrice principalmente finalizzata alla sperimentazione farmacologica, tuttavia prevedendo, come si è detto, che gli stessi svolgessero funzioni residuali anche appartenenti all’area dell’assistenza clinica.

Attesta tale situazione il citato parere del CNB del 3.3.2017, nel quale, chiosando tre precedenti documenti dello stesso organo di consulenza bioetica del 27.02. 992, del 18.04.1997 e del 13.07.2001, si osservava come *“in tutti questi documenti emerge il dilemma sull’opportunità di prevedere un organismo unitario con una pluralità di funzioni o una pluralità di organismi chiamati a svolgere singole funzioni”*. *“Se – prosegue infatti la fonte bioetica – le valutazioni sulla sperimentazione farmacologica rischiano, in taluni casi, di assumere un carattere tendenzialmente impersonale e meramente procedurale e burocratico, l’etica clinica accentua invece le connotazioni individuali ed esistenziali di ogni rapporto con i pazienti. È innegabile che molti aspetti dell’una si integrino e correlino con quelli dell’altra, ma non si può neppure ignorare che i canoni e i modelli di valutazione presentino tutta una serie di divergenze”*, giacché *“seppure abbiano una finalità etica comune, la valutazione di un farmaco non risponde agli stessi parametri dell’attuazione di una pratica terapeutica”*. Si tratta di riflessioni di natura scientifica, su cui fa perno anche la dgr 333/24, ove, ad es. a pag. 18, osserva che *“Il tempo e l’operatività concreta, anche a livello internazionale, hanno mostrato che i due compiti sono significativamente diversi. Così, lo stesso citato parere del CNB del 2017 auspicava che “il legislatore” potesse procedere a “istituzionalizzare il ruolo e i compiti dei Comitati per l’etica della clinica”, anche considerando l’opportunità di “una diversa composizione con un’accentuazione delle competenze professionali in un caso (farmacologo, farmacista ospedaliero, sperimentatori,*

etc.) e di figure maggiormente orientate al «sociale» nell'altro (operatori sanitari non medici, medici di famiglia, rappresentanti dei cittadini o delle organizzazioni sociali e di volontariato, etc.)».

Tuttavia, nessuna normativa nazionale è mai intervenuta, né ad oggi sussiste, che consenta di avviare, sul territorio nazionale, una separata tipologia di Comitati per l'Etica nella clinica (CEC) che abbiano una omogeneità di funzioni e di composizione. Si registrano, piuttosto, solo alcune sporadiche e saltuarie iniziative di singole regioni che hanno istituito dei CEC **per un supporto alle funzioni di “pratica clinica” e di “assistenza”, che -si badi bene- debbono essere state già attribuite dall'ordinamento positivo alla competenza regionale** (in effetti, le determinazioni giuntali si possono giustificare esclusivamente in ordine alla organizzazione di funzioni già assegnate dal sistema normativo alle regioni con fonti primarie). In tal senso, la citata ricerca del 2019 di Petrini-Brusaferrò, coeva alla sentenza della Corte costituzionale 242, attestava che solo *“alcune Regioni (Friuli, Toscana, Veneto e Province autonome) hanno adottato provvedimenti locali, ma nella maggior parte del territorio italiano non esistono, al momento, comitati di etica per la clinica”.*

Qualsiasi attribuzione di funzioni innovative a organi di nuovo conio avrebbe, ovviamente, previa necessità di quell'intervento del “legislatore” auspicato dal CNB nel 2017, ma **che mai si è avuto, atteso che – ovviamente – non può eludersi il comma 2 dell'art. 97 Cost.,** secondo cui *“I pubblici uffici sono organizzati secondo disposizioni di legge”.* Detta disposizione costituzionale, infatti, *“affida al legislatore il compito di organizzare i pubblici uffici in modo che siano garantiti il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione”* (Corte costituzionale, n. 276 del 16 dicembre 2016), in essa trovandosi *“concentrati i principi fondamentali a cui l'azione amministrativa ha il dovere di conformarsi: il principio di legalità, il principio del buon andamento e il principio di imparzialità”*, cosicché non può dubitarsi che *“è compito del legislatore fissare - almeno - i principi direttivi e i criteri”* degli organi della P.A. (AA.VV. a cura di Francesco Clementi, Lorenzo Cuocolo, Francesca Rosa, Giulio Enea Vigevani, *La Costituzione italiana, commento articolo per articolo, Vol. II, art. 97 di Alessandra Valastro e Nicola Pettinari, par. 3 Il Mulino, 2021).*

Gli atti avversati, specie con riferimento alla DGR 333/2024, molto insistono sulla necessità di distinguere le funzioni di assistenza nella clinica da quelle di sperimentazione dei farmaci, al fine di giustificare la scelta di affidare ex novo e solo al nuovo CEC-COREC COREC di cui alla DGR 194/24 le valutazioni per il suicidio medicalmente assistito.

Tuttavia, come si è visto nei motivi che precedono, non vi è alcuna prestazione sanitaria (LEP o LEA) nella disciplina di settore che introduca un obbligo di assistenza attribuito alla Regione per favorire la morte di un paziente, cui possa essere ancillare un comitato di mera derivazione regionale. Sul punto, è la stessa DGR 333/2024 a ricordare come sia la stessa Corte costituzionale ad osservare che *“La legislazione oggi in vigore non consente ... al medico di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti, non già ad eliminare le sue sofferenze, ma a determinarne la morte”*, altresì **escludendo la presenza di un obbligo di prestazione in tal senso.**

*

5.3- LA NORMATIVA NAZIONALE DEI C.E.: IL “DECRETO BALDUZZI E IL REGOLAMENTO UE 536/14.

Volendo, allora, dare brevemente conto della effettiva situazione della disciplina nazionale esistente in punto di Comitati Etici, il primo intervento legislativo in materia è tracciato dal decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158 (c.d. “decreto Balduzzi”), convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012 n. 189, che all’art. 12, intitolato *“procedure concernenti i medicinali”*, espressamente richiamato dalla pronuncia della Corte costituzionale n 242/2019, ha previsto al comma 10 che a *“ciascun comitato etico è attribuita una competenza territoriale di una o più province” (lett. a)*, indicando alle lettere successive quale funzione primaria l’intervento nelle sperimentazioni cliniche dei medicinali”. La lett. c) del comma 10 del citato art. 12 del DL 158/2012, precisa, poi, che *“la competenza di ciascun Comitato può riguardare, oltre alle sperimentazioni cliniche dei medicinali, ogni altra questione sull’uso dei medicinali e dei dispositivi medici, sull’impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relativa allo studio di prodotti alimentari sull’uomo generalmente rimessa, per prassi internazionale, alle valutazioni dei Comitati”*.

In attuazione del citato decreto-legge n. 158/2012, interveniva il decreto del Ministro della Salute 8 febbraio 2013, che, per assicurare la necessaria omogeneità dell’attività valutativa

di tali organi, *“stabilì i criteri operativi per l’istituzione dei Comitati etici medesimi da parte delle Regioni e delle Province autonome”*.

In tale contesto, la Regione Emilia-Romagna provvedeva al riordino dei propri Comitati Etici per la sperimentazione farmacologica anche con la delibera di Giunta n. 2327 del 21 dicembre 2016, che si ritrova citata nella dgr 333/24, **forzandola, a scopi del tutto estranei al senso originario di tale provvedimento, giacché essa non può mai offrire una giustificazione per CEC, riguardando C.E. per la sperimentazione farmacologica.**

A seguito del Regolamento CE 536/2014, si registrava un nuovo intervento legislativo di razionalizzazione e semplificazione dei Comitati territoriali per la sperimentazione, in ottemperanza alla citata normativa comunitaria. In particolare, la legge 11 gennaio 2018 n. 3 (c.d. “legge Lorenzin”) prevedeva *“un’ulteriore riduzione nel numero dei CE: in base all’art. 2, comma 7”*, prescrivendo che, *“entro sessanta giorni dall’entrata in vigore della legge”* (15 febbraio 2018), *“con decreto del Ministro della Salute (...) «sono individuati i comitati etici territoriali fino a un numero massimo di **quaranta**» e, in base al comma 9, con decreto del Ministro della Salute, entro il medesimo termine «sono altresì individuati i comitati etici a valenza nazionale nel numero massimo di tre, di cui uno riservato alla sperimentazione in ambito pediatrico”*. Dunque, ai sensi del citato art. 2 della stessa legge n. 3/2018 i 90 comitati etici per la sperimentazione farmacologica avrebbero dovuto essere ridotti, già dall’aprile 2018, a 40 territoriali e a 3 nazionali (40+3), ma tale riordino a mezzo di una decretazione ministeriale non intervenne affatto nei termini previsti e nemmeno negli anni successivi, fino, come si vedrà, al gennaio 2023.

Appare, quindi, mal posto l’argomento di pag. 5 della dgr 333/24, ove viene rappresentato che il Regolamento UE 536/2014 avrebbe “superato” il DM 8 febbraio 2013 di istituzione dei Comitati Etici; invece, detto Regolamento è stato declinato dalla “Legge Lorenzin” (n. 3/2018), la quale ha previsto l’evoluzione sotto la specie di una miglior razionalizzazione e organizzazione dei Comitati Etici, non certo l’abbandono degli stessi. Vero è che, come si dirà, l’attuazione di tale legge 3/2018 è avvenuta solo nel gennaio 2023, comunque confermando la continuità fra l’assetto di Comitati per la sperimentazione farmacologica prima e dopo sia il citato Regolamento comunitario, sia l’attuazione della normativa del Ministro Lorenzin con i decreti di gennaio 2023.

Da quanto evidenziato ben si può avere evidenza che, al momento della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, il panorama della “vigilanza” bio-etica italiana vedeva sussistere i 90 Comitati territoriali per la sperimentazione farmacologica, di cui all’art. 12 del decreto-legge n. 158/2012, principalmente dedicati a funzioni consultive sui medicinali, ma con competenze possibili – benché solo residuali – anche su altre “procedure cliniche”, nonché alcuni sparsi comitati per l’etica nella clinica di mera derivazione regionale.

In tale contesto, nella sentenza n. 242/2019, la Corte costituzionale, allorché ha indicato come possa esercitarsi una competenza bioetica consultiva per il tema trattato nelle more del più generale richiesto “*intervento legislativo*” sull’art. 580 c.p., ha inteso fare riferimento solo ai “*comitati etici territorialmente competenti*”, “*investiti di funzioni consultive intese a garantire la tutela dei diritti e dei valori della persona in confronto alle sperimentazioni cliniche di medicinali o, amplius, all’uso di questi ultimi e dei dispositivi medici*”, addirittura espressamente citando l’“*art. 12, comma 10, lettera c, del d.l. n. 158 del 2012*”, nonché l’“*art. 1 del decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013*” e il DM 7 settembre 2017, che ha ulteriormente esplicitato le competenze dei CET.

Dunque, di fronte alla necessità di individuare l’organo che avrebbe dovuto “verificare” i requisiti dell’esimente penale delineata, la **sentenza della Corte costituzionale, ben conscia delle inderogabili competenze farmacologiche che le richieste di suicidio assistito esentate dall’art. 580 cp avrebbero comportato, ha scelto i 90 Comitati Etici Territoriali derivanti dal decreto Balduzzi, che la legge Lorenzin avrebbe ridotto a 40. È altrettanto evidente che la Consulta non ha voluto considerare, benché in alcuni territori esistenti, i Comitati etici per l’assistenza nella clinica istituiti da alcune regioni, che non hanno affatto una adeguata competenza circa l’utilizzo di farmaci off label.**

Di tale scelta della Corte sembra convinta la stessa Regione intimata, che a pag. 4 della dgr 333/2012 attesta esplicitamente che “*la sentenza con interpretazione estensiva aveva ravvisato quali organismi idonei i comitati etici territorialmente competenti istituiti da ciascuna regione nel proprio territorio per le sperimentazioni cliniche sui medicinali e sui dispositivi medici giacché essi, come si evinceva dalla lettera c) comma 10 dell’art. 12 D.L. n. 158/2012 e dall’art. 1 D.M. 8 febbraio 2013, potevano esprimere parere anche su problemi di natura etica “che involgono specificamente la salvaguardia di soggetti vulnerabili”.*

D'altronde -si insiste- quella praticata e voluta dalla Corte costituzionale è l'unica scelta coerente con le problematiche, composite e complesse, individuate nella descritta funzione di “verifica”, riferibili innanzitutto a fondamentali questioni farmacologiche, nonché a diversi e ulteriori profili di assistenza clinica, il che ha consentito di utilizzare anche la competenza residuale attribuita agli in allora in vita 90 Comitati Etici.

*

5.4- L'EVOLUZIONE DEI CE IN CET/CEL SECONDO LA LEGGE *LORENZIN*.

L'art. 2, comma 7, della legge n. 3/2018 prevedeva che *“Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati i comitati etici territoriali fino a un numero massimo di quaranta. Nell'individuazione dei comitati etici territoriali si deve tenere conto dei seguenti criteri:*

- a) la presenza di almeno un comitato etico per ciascuna regione;*
- b) l'avvenuta riorganizzazione dei comitati etici, prevista **dall'articolo 12, commi 10 e 11, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, nei termini previsti dalla citata normativa;***
- c) il numero di **sperimentazioni** valutate in qualità di centro coordinatore nel corso dell'anno 2016.”*

La normativa richiamata evidenzia come i nuovi Comitati Etici derivino dalla disposta razionalizzazione dei C.E. preesistenti (voluti dal Decreto Balduzzi, espressamente citato, DL158/2012 e successivo DM 8.2.2013) e **comunque riguarda sempre gli organi consultivi preposti alla “sperimentazione” farmacologica. In nessun caso, dunque, come indirettamente vorrebbe la dgr 333/2024, la Legge Lorenzin può essere riferita ai CEC regionali di mera assistenza nella clinica, che così continuano a non trovare alcuna disciplina nelle fonti normative primarie.**

Gli obiettivi della legge 3/2018 sono stati attuati con i quattro Decreti del Ministro della Salute, nn. 850, 851, 852 e 853 del gennaio 2023, che hanno provveduto, dopo l'intesa in Conferenza Stato Regioni dell'11 gennaio 2023, a disciplinare i molteplici aspetti necessari per una normativa omogenea sul territorio nazionale, ad eccezione, come si vedrà *infra*,

dello specifico tema della verifica dei requisiti per la scriminante penale introdotta dalla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale.

In particolare, il DM 852 del 30 gennaio 2023, dopo aver richiamato i già noti DL 158/2012, convertito nella n. 189/2012, il DM 8.2.213 recante «*Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici*», il successivo DM 7.9.2017, le fonti comunitarie, ha «*ritenuto di dover provvedere alla individuazione dei comitati etici territoriali ai sensi del citato art. 2, comma 7, della legge n. 3 del 2018*». Visto che il DM 851/23 aveva provveduto a ridisciplinare i Comitati Etici Nazionali, la nomenclatura scelta dalla prosa della decretazione ministeriale (cfr. art. 1, comma 3, DM 852/23) per gli organi presenti nel territorio ha allora chiamato i 90 Comitati Etici (C.E.) per la sperimentazione farmacologica di cui al DL 158/12, esistenti nelle Aziende Sanitarie, «Comitati Etici Locali» (CEL), fra cui ne sono stati individuati 40, come voluto dagli intenti di semplificazione e razionalizzazione della Legge Lorenzin, che hanno preso il nome di «Comitati Etici Territoriali» (CET). Dunque, gli originari 90 C.E. territoriali sono stati suddivisi in 40 CET e 50 CEL residui, e ciò sempre all'interno dello stesso originario novero di organi consultivi per la sperimentazione clinica legittimati dal Decreto Balduzzi e dal DM 8.2.2013.

Concentrandosi sulla Regione di interesse, per l'Emilia-Romagna esistevano tre Comitati Etici per la sperimentazione farmacologica e tutti e tre sono stati prescelti quali CET, come si legge ai nn. 16-17-18 dell'ivi approvato elenco allegato, il «*Comitato Etico Area Vasta Emilia Centro (AVEC)*», il «*Comitato Etico Area Vasta Emilia Nord (AVEN)*», il «*Comitato Etico Area Vasta Romagna (CEROM)*»

Altresì, con Decreto n 853 del 30 gennaio 2023, lo stesso Ministro della salute, sempre in ottemperanza all'omogenea disciplina nazionale evocata, ha indicato, all'art. 3, la precisa griglia dei componenti per i CET, cui le regioni sono chiamate ad uniformarsi nella concreta designazione dei membri di ciascun Comitato da parte di ogni regione.

Quanto ai 50 Comitati Etici Locali (CEL) non prescelti come CET, l'art. 1, commi 3 e 4, del precitato DM 852/2023 prevedeva che «*Le Regioni [abbiano] facoltà di mantenere operativi [detti] comitati etici esistenti nel territorio di competenza, ma non inclusi nell'elenco*» allegato allo stesso «*che individua i 40 CET ex lege 3/2018*», i quali «*operano per funzioni diverse da quelle attribuite in via esclusiva ai comitati etici territoriali e ai comitati etici a valenza nazionale*». Ma, come si detto, tale questione non rilevava per

l'Emilia-Romagna, cui erano stati conservati tutti e tre gli originari C.E.

Appare, dunque, di palese evidenza che, **se la scelta della Corte costituzionale nel 2019 individuava i 90 Comitati Etici competenti territorialmente per la sperimentazione farmacologica e in allora presenti ai sensi del DL 158/2018 (in quanto al tempo la legge Lorenzin non era stata ancora attuata), dopo la riforma di tali organi praticata, con i Decreti del gennaio 2023, detta stessa scelta conduceva, come conduce, a individuare nei CET gli organi prescelti dalla Consulta stessa, che -si insiste- sono una parte dei Comitati Etici – C.E. cui si riferiva la Consulta.**

*

5.5- SULLE COGENTI INDICAZIONI DELLA CORTE COSTITUZIONALE.

L'intervento della Corte non è in concreto (e cioè al di là delle intenzioni dei Giudici) direttamente applicabile: esso è permeato dalle aporie di una costruzione che, nel guscio di una norma punitiva, vorrebbe introdurre una vera e propria disciplina facoltizzante (ben altro e ben di più, dunque, rispetto ad una mera scriminante). In ogni caso, per quello che rileva ai fini del presente ricorso e del presente motivo di impugnazione, meritano richiamarsi alcuni dei precisi contenuti della sentenza n. 242/2019 relativi al ruolo degli organi *competenti* nelle valutazioni richieste dalla stessa pronuncia.

Viene specificamente in rilievo uno di quegli *“ambiti, come quello penale, in cui è più impellente l'esigenza di assicurare una tutela effettiva dei diritti fondamentali”* (Sent. 242/19, par. 4), cosicché la Consulta ha posto fra le inderogabili premesse del proprio decidere che *“la verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio deve restare ... affidata – in attesa della declinazione che potrà darne il legislatore – a strutture pubbliche del servizio sanitario **nazionale**. A queste ultime spetterà altresì verificare le relative **modalità di esecuzione**, le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze”*.

La Corte costituzionale prosegue a svolgere le questioni poste in senso inequivocabile: *“La delicatezza del valore in gioco richiede, inoltre, l'intervento di un organo collegiale terzo, munito delle adeguate **competenze**, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità. Nelle more dell'intervento del legislatore, tale compito è affidato ai **comitati etici territorialmente competenti**. Tali comitati – quali organismi di*

consultazione e di riferimento per i problemi di natura etica che possano presentarsi nella pratica sanitaria – sono, infatti, investiti di funzioni consultive intese a garantire la tutela dei diritti e dei valori della persona in confronto alle sperimentazioni cliniche di medicinali o, amplius, all'uso di questi ultimi e dei dispositivi medici (art. 12, comma 10, lettera c, del d.l. n. 158 del 2012; art. 1 del decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013, recante «Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici»): funzioni che involgono specificamente la salvaguardia di soggetti vulnerabili e che si estendono anche al cosiddetto uso compassionevole di medicinali nei confronti di pazienti affetti da patologie per le quali non siano disponibili valide alternative terapeutiche (artt. 1 e 4 del decreto del Ministro della salute 7 settembre 2017, recante «Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica»).

Pertanto, la “delicatezza dei valori in gioco” e la necessità di “adeguate competenze” (anche) circa il complesso utilizzo di medicinali e presidi sanitari per scopi *off label*, che devono essere esercitate in modo omogeneo sull'intero territorio “nazionale”, ha condotto la Consulta a individuare direttamente i Comitati Etici territoriali competenti (C.E.) di cui all'evocato D.L. n. 158/2012., cui - come si è visto - ha fatto seguito in continuità la legge n. 3/2018 (c.d. “legge Lorenzin”), recentemente attuata con i Decreti del Ministro della Salute 23A00850, 23A00851, 23A00852, 23A00853 del gennaio 2023, che sono organi, appunto, del Servizio Sanitario Nazionale, disciplinati, anche rispetto alla composizione degli stessi, in modo **unitario in tutto il territorio italiano e competenti** specificatamente e in via esclusiva in materia di sperimentazione dei farmaci e di utilizzo dei presidi sanitari, cui è stata conferita dalla Consulta anche la verifica di una valutazione etica per la protezione di persone particolarmente vulnerabili attesa la situazione di malattia in parola. **La Corte ha, cioè, ben presente che la drammatica scelta di cui si tratta potrebbe aver implicato l'utilizzo (volontario!) di presidi sanitari e l'assunzione di medicinali per scopi diversi da quelli ordinari (*off label*), secondo protocolli che devono preventivamente essere vagliati da organi particolarmente competenti in tema farmacologico, pena il rischio di infliggere a detti soggetti ulteriori gravissime sofferenze.**

Tali organi erano solo e soltanto i C.E., ora divenuti CET o, residualmente, CEL.

Questa è l'unica scelta coerente con il precetto della Corte costituzionale, come ammette la stessa delibera di Giunta regionale n. 333/24 all'ultimo alinea di pag. 4, salvo poi inopinatamente allontanarsi da tale cogente premessa.

*

5.6- IL COERENTE PARERE DEL COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA 24.2.2023.

Chiarito che gli unici organismi consultivi del Sistema Sanitario Nazionale fondati su una normativa primaria anch'essa nazionale e competenti (anche) sugli aspetti farmacologici, di essenziale importanza nella prospettiva di tutela dei soggetti più vulnerabili della sentenza n. 242/2019, **sono solo i C.E.-CET-CEL**, va ricordato che il particolare aspetto relativo alla formale assegnazione della competenza alla "verifiche" volute da Corte Cost. 242/2019 non è stato ancora trasfuso nella decretazione attuativa della *Legge Lorenzin*, dunque è privo di norme che ne disciplinino le modalità operative.

In effetti, il Ministero della Salute il 16 maggio 2022 illustrava alle Regioni gli schemi dei Decreti previsti dall'art. 2 della legge 3/2018, nell'ambito dei quali veniva precisata la necessaria afferenza ai CET delle valutazioni discendenti dalla sentenza 242/2019. Secondo quanto si legge nella DGR 333, nel corso di una riunione tecnica fra rappresentanti regionali e ministeriali, i primi avrebbero però chiesto un provvedimento che, innovando il quadro normativo, attribuisse la competenza in materia di suicidio medicalmente assistito ai CET ove attivati in tal senso e solo sussidiariamente ai CET, dando enfasi ai fattori di assistenza etica.

Di qui, il Ministero della Salute, con nota del Capo di Gabinetto 2 gennaio 2023, formulava uno specifico quesito in via d'urgenza al Comitato Nazionale di Bioetica, quale organo di consulenza in materia della Presidenza del Consiglio e del Governo, perché si esprimesse circa gli organi consultivi che si riteneva preferibile potessero esprimersi circa la applicazione della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019. In particolare, nello svolgimento di tale quesito, da un lato, il Ministero della Salute dava atto che le indicazioni della Corte e le essenziali tematiche di tipo farmacologico che venivano in essere avrebbero condotto a confermare la competenza dei CET, ma dall'altro, intendeva considerare le richieste di alcune Regioni di attribuire, invece, detta competenza solo in via residuale ai CET, "*laddove queste funzioni non siano già attribuite ai Comitati per l'etica nella clinica*" costituiti autonomamente da alcune Amministrazioni regionali. Per tale motivo, la nota del

Capo di Gabinetto in commento precisava che nel frattempo era opportuno “*espungere dai decreti attuativi della l. 3 del 2018*” detta questione.

Il tema veniva affrontato pochi giorni dopo anche dalla *Conferenza delle Regioni e delle province autonome* nella seduta dell’11 gennaio 2023, richiamata in fatto, ove si “*conferma[va] che, nelle more di un provvedimento dedicato, i pareri previsti con riferimento al suicidio medicalmente assistito continuano ad essere di competenza dei Comitati etici ai quali questa funzione è stata attribuita a livello territoriale*”, come noto, dalla stessa sentenza 242/19 della Consulta.

Le riflessioni del CNB si svolgevano nel mese del febbraio 2023 successivo, a ridosso della appena intervenuta distinzione, da parte del già citato DM n. 852 del 26.1.2023, dei 90 precedenti comitati etici per la sperimentazione farmacologica esistenti, da una parte in 40 CET e dall’altra nei residui 50 CEL. La risposta in punto di bioetica, fornita al Ministro della Salute il 24 febbraio 2023, prendeva nettamente posizione a favore della conferma della competenza sul tema discendente dalla sentenza 242/19 ai 40 “*CET (Comitati Etici Territoriali) di cui al Decreto del 26 gennaio 2023 (“Individuazione di quaranta comitati etici territoriali”), presenti in modo **uniforme** nel Paese*”, altresì ritenendo che, come si legge nel relativo comunicato stampa, nel caso di caso in cui, per ritardi o omissioni negli adempimenti di nomina previsti dal DM 852/23, vi fossero “*Regioni nelle quali i CET non fossero presenti, tale compito potrebbe essere affidato ai Comitati Etici esistenti che non sono inclusi nell’elenco dei quaranta*” (CEL).

In effetti, l’alto consesso di bioetica ha considerato innanzitutto che la verifica richiesta nelle drammatiche situazioni di cui si tratta ha imprescindibili profili tecnico-farmacologici ineludibili per la tutela dei soggetti malati istanti, senza affatto negare, però, l’opportunità di vedere valutati anche ulteriori e diversi elementi propri di un approccio più globale. E proprio per contemperare le imprescindibili esigenze di tutela nell’utilizzo di presidi e farmaci verso soggetti “vulnerabili”, con altri profili etici di ordine soggettivo e relazionale, ha ritenuto che il CET (o il CEL) -il quale per la sua composizione di base ex DM 853/23 assicura la competenza sui medicinali- avrebbe dovuto essere integrato secondo una dinamica “caso per caso” con figure particolarmente rilevanti per ciascun paziente che abbia proposto una siffatta istanza.

Altresì, lo stesso **CNB prendeva altrettanto netta posizione, sul piano bio-etico, contro**

ogni ipotesi di differenziazione regionale, che avrebbe condotto a una diversa e potenzialmente divaricante interpretazione dei requisiti che la Corte costituzionale aveva descritto ai fini di una esimente penale, che certo non può tollerare “oscillazioni territoriali”. In particolare, lo stesso Comitato ha voluto ribadire la propria opposizione a soluzioni valutative del tutto regionalizzate quanto alla formazione e composizione di organi investiti di una “verifica” tanto dirimente per la “delicatezza” del “valore in gioco”, come evidenziato dalla Corte costituzionale: “*il CNB -si legge- ritiene anche che **debba essere fatto ogni sforzo per evitare che vi siano approcci troppo differenziati** o addirittura contrastanti nella valutazione delle condizioni indicate dalla Corte costituzionale, in particolare per quanto riguarda – in assenza di una definizione normativa applicabile in modo uniforme a livello nazionale – le possibili interpretazioni della nozione di “trattamenti di sostegno vitale”. Né si trattava di una “preoccupazione” nuova, giacché già con nota del Presidente CNB 22.3.2021, prot. Ministero Salute 0004773, già citata nel presente atto, richiamando il tenore del precedente parere CNB del 31.3.017, lo stesso Comitato di Bioetica aveva da tempo espresso la convinzione per cui debbono essere “assolutamente evitate, considerando le diversità, organizzative tra le regioni e spesso tra le stesse aziende sanitarie, disparità di trattamento e di tutela tra soggetto e soggetto”.*

Ebbene, nella dgr 194/2024 tale atto veniva tuttavia evocato nel senso diametralmente opposto al suo significato, ritenendo, cioè, che “*la risposta argomentata del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) al quesito del Ministero della salute del 2 gennaio 2023, datata 24 febbraio 2023, riconosce nel Comitato per l’etica nella clinica l’organismo largamente preferibile come ‘comitato etico territorialmente competente’ per l’espletamento delle funzioni oggetto del quesito*”. Non basta: i “passaggi” riferiti al documento del CNB nella DGR 194/24 non erano quelli che supportano la scelta dell’organo consultivo, bensì quelli ospitati in una “postilla” redatta in calce al documento stesso da alcuni componenti dissenzienti, le cui seppur rispettabili opinioni non sono state condivise dalla maggioranza deliberante dello stesso organo consultivo. Si trattava, cioè, di membri del CNB che avrebbero preferito che le indicazioni circa la competenza alle verifiche discendenti dalla sentenza 242/19 investissero i Comitati delle regioni di assistenza nella clinica, come auspicato da alcune delle regioni stesse (cfr. quesito 2.1.23), ma -come si è detto- non era certo questa la valutazione maggioritaria e conclusiva del

CNB, che si è invece addirittura espresso contro ogni possibile differenziazione territoriale nelle valutazioni di cui si tratta, indicando chiaramente non i CEC, ma i CET/CEL con una base nazionale omogenea, competenti per la sperimentazione farmacologica, i quali, semmai, avrebbero potuto essere implementati “caso per caso” per arricchire la valutazione anche di ulteriori profili clinici.

A fronte del comunicato ufficiale del CNB del 15 febbraio 2024, che doverosamente precisava come l’opinione espressa per i profili bioetici fosse di segno del tutto diverso dal significato illegittimamente attribuito dalla dgr 194/2024, l’Amministrazione regionale approntava una maldestra “toppa” con la dgr. 333/2024, nella quale, per il profilo in commento, si espungeva il contenuto sostanziale del documento del CNB 24.2.2023, tranne che per alcuni capziosi dettagli su cui si avrà modo di ritornare.

Nulla si argomenta, infatti, nella nuova dgr 333/24 in ordine alle ragioni per cui il CNB aveva confermato la necessità di attivare i CET, specie in ordine alle gravi questioni di ordine farmacologico che si pongono nell’uso di medicinali off label, come per la verifica delle cure palliative. Nulla si deduce, poi, nella stessa dgr 2, a proposito della ribadita convinzione del CNB, costituzionalmente cogente, di evitare differenziazioni territoriali nell’applicazione dei requisiti previsti dalla Corte, con le inaccettabili conseguenze che si verrebbero a creare in tema di disparità di trattamento e di tutela di soggetti vulnerabili, ipotesi queste non solo palesemente incostituzionali ma ritenute particolarmente gravi sul piano bioetico.

Quindi, se nella dgr 194/24 le (putative) riflessioni del CNB venivano esaltate, qualche giorno dopo, nella delibera n. 333/23, le stesse opinioni vengono immotivatamente disattese, addirittura continuando semmai a citare solo le riflessioni di alcuni componenti dissenzienti, che si leggono nella “postilla” del parere stesso.

Le rugosità istituzionali e la assoluta carenza di motivazione, nonché le contraddizioni fra gli atti in commento appaiono sì di scolastica evidenza, da dover essere anche rubricate nei tipi inficianti dello *sviamento*.

*

5.7- LA CONSEGUENTE INESISTENZA E, COMUNQUE, ILLEGITTIMITÀ DEGLI ATTI AVVERSATI.

I canoni sopra esposti fanno apparire, *more geometrico*, la radicale nullità ovvero, in

subordine, la più ampia illegittimità della scelta operata dalla dgr 194/2024 e dagli atti ad essa conseguenti, quali la determina 2596/24 e la dgr 333/2024, nei passaggi in cui attribuiscono le valutazioni dei requisiti considerati dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 a organi consultivi di mera derivazione regionale, privi di alcuna giustificazione normativa e palesemente incongrui rispetto a quel “valore in gioco” che la sentenza 242/2019 intende tutelare, specie con riferimento alla “vulnerabilità” dei soggetti coinvolti in tali circostanze

5.7.1- Del tutto inutilmente, peraltro, gli atti avversati, con particolare riferimento alla dgr 333/24, cercano di radicare la possibilità di “inventare” un organo regionale *ad hoc* nei Decreti ministeriali di gennaio 2023, giacché, come è stato annotato, l’aspetto *de quo* è stato dagli stessi “espunto”, come si attesta nella nota del Capo di Gabinetto del Ministero della Salute del 3 gennaio 2023, punto 7).

Quindi, allo stato, la decretazione ministeriale non ha (ancora) considerato il tema della verifica ai sensi della sentenza 242/2019, benché la conferenza Stato Regioni avesse già esaminato la questione l’11 gennaio 2023. Di conseguenza, la scelta dell’organo valutativo potrà considerarsi legittima esclusivamente se, in coerenza con l’art. 97 della Costituzione, potrà iscriversi in una fattispecie disciplinata da una fonte primaria, quali sono (solo) i CET (nell’Emilia-Romagna non esistono residui CEL), rispettando il divieto di dare corso a una incostituzionale differenziazione e deriva regionalistica in una materia che deve prioritariamente assicurare condizioni uguali in tutto il territorio nazionale, pena le già illustrate violazioni di essenziali principi costituzionali quali quelli contenuti negli artt. 3, 32 e 117. Altresì, se -come affermato- si intende davvero assicurare ai cittadini della regione l’esimente prevista dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, ebbene solo e soltanto a tale sentenza, ci si potrà e dovrà attenere, la quale come dimostrato e ammesso persino nelle dd.gg.rr. avversate, ha indicato i CET quali gli unici organi di impianto nazionale, che con competenza (specie farmacologica) possono, almeno provvisoriamente, ponderare i sensibili e gravi “valori in gioco”, Comitati Etici persino richiamati nella Intesa dell’11 gennaio 2023.

Quindi, atteso che la dgr 333/24, a pag. 4, evoca i “limiti e le garanzie disegnati dalla sentenza della Corte”, affermando di volerne l’ “effettività” “con le competenze organizzative proprie”, ciò impone alle Regioni di utilizzare i Comitati Etici Territoriali,

che la Consulta ha ritenuto possano assicurare un livello di competenza specie in tema di utilizzo *off label* di medicinali che potrebbero arrecare alle persone in particolare stato di “vulnerabilità” rischi e sofferenze persino maggiori di quelle all’origine del dilemma di cui si tratta. Peraltro, è sempre la stessa dgr 2, alla medesima pagina a “*dare atto*” che la Corte “*aveva ravvisato quali organismi idonei i comitati etici territorialmente competenti istituiti ... per le sperimentazioni cliniche sui medicinali e sui dispositivi medici*”.

Non v’è chi non veda, perciò, la scolastica insanabile contraddizione in cui la Regione Emilia-Romagna incorre fra tali corrette assunte premesse e la opposta decisione di allontanarsi gravemente dalle stesse cogenti indicazioni della pronuncia ~~autoapplicativa~~ della Corte.

D’altronde, se, in materia, tutte le Regioni e dunque anche l’Emilia-Romagna hanno accettato, come è doveroso, il percorso concertativo di cui all’art. 2 della legge 3/2018, ebbene ciò implica l’aver previamente riconosciuto che è preclusa ad una sola Regione “inventare” in autonomia procedure e organi aventi titolo, senza alcuna sovraordinata copertura giustificativa, al fine di definire il perimetro dell’esimente penale all’art. 580 cp di cui si tratta.

5.7.2- In ulteriore subordine rispetto a quanto ora evidenziato, appaiono comunque tutti illegittimi, anche perché inutili, i tentativi svolti negli atti impugnati di individuare uno spazio per la costituzione di un CEC ai fini che interessano nell’ambito della decretazione ministeriale di gennaio 2023, la quale, come si è detto, volutamente non ha (ancora) aggiunto alcunché in materia rispetto alle indicazioni chiaramente evincibili dalla sentenza 242/19 e dai principi dell’ordinamento.

L’errato argomentare degli atti regionali si ritrova sinteticamente a pag. 6 della dgr 333/24, ove si assume che la verifica discendente dalla sentenza 242/19 coinvolgerebbe non “*funzioni in materia di sperimentazione clinica sui farmaci che in via esclusiva sono attribuite ai CET*”, ma solo “*funzioni in materia etica che possono essere mantenute in capo ad altri comitati etici presenti a livello territoriale delle regioni*”.

Invece, si ricorderà come sia la stessa sentenza della Corte a paventare la necessità di particolari competenze di ordine farmacologico e sui presidi sanitari, giacché qualsiasi supporto medicalmente assistito utilizzato per l’aiuto al suicidio deve comportare anche la delicatissima verifica di protocolli sull’uso di farmaci e presidi per scopi non ordinari e tale

verifica deve necessariamente essere condotta da un Comitato con competenze specifiche, che sono proprie solo dei CET, come la dgr citata ammette, senza le quali si corre l'inaccettabile rischio di arrecare potenziali ulteriori gravissimi pregiudizi alle persone cui si intendono somministrare in modo atipico i medicinali. Non solo: è la stessa dgr 333/24, a pag. 11, a riconoscere la necessità di far rientrare la *“peculiare e delicatissima materia”* di cui si tratta *“nell'ambito di applicazione dei superiori provvedimenti normativi per il fatto che la sperimentazione clinica può riguardare anche medicinali connessi alle c.d. cure palliative (arg. ex Corte cost. n. 242/2019)”*.

Dunque, la premessa secondo cui la “verifica” voluta dalla 242/2019 della Corte non avrebbe aspetti farmacologici è pianamente e pienamente non vera, con ciò venendo confutata, anche in ragione delle aporie presenti nelle dd.gg.rr., l'apodittica tesi secondo cui la verifica discendente della 242 incontrerebbe solo tematiche etico-cliniche e non farmacologiche e mediche.

Pertanto, se la stessa dgr 333/2024 riconosce che in tema di sperimentazione dei farmaci vi sono competenze *“esclusive dei CET”*, e se la “verifica” ex sentenza 242/2019 implica indefettibili profili farmacologici e sui presidi sanitari, precipitano verticalmente le pretese di affidare (anche) detti aspetti a Comitati diversi dai CET, pretese che, si insiste, sono non solo illegittime ma altresì foriere di introdurre protezioni affatto adeguate circa l'indefettibile uso di medicinali e presidi nei casi di cui ci si occupa.

D'altronde, le stesse delibere regionali avversate riconoscono la possibilità di attribuire ai CET anche funzioni di consulenza etica nella clinica stante l'assenza di una normativa generale che separi i CE dai CEC. In effetti, nella parte motiva della delibera 194/24 si leggono vari riferimenti ai Comitati Etici Territoriali, citando il Regolamento UE 536/2014, la legge 3/2018 e persino il DM 30 gennaio 2023, che individua la griglia per la composizione degli stessi CET, nonché il DM 852 del 26 gennaio 2023, dando atto che lo stesso ha individuato i tre CET già esistenti per l'Emilia-Romagna, nonché asserendo -appunto- che a detti Comitati Etici Territoriali *“sono state attribuite, tra le altre, anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività di ricerca clinica e assistenziali”*. Altresì, si legge nella stessa premessa in commento della dgr 194/2024 il riferimento all'art. 1, comma 3, del DM 853 del 30.1.23, ove ancora si individuano i CET quali organi consultivi per le questioni proprie della sperimentazione e dell'assistenza

clinica. Proseguendo nel medesimo solco, il parere del CNB del 24.2.23 aveva mantenuto ferme le competenze, insostituibili, dei CET, ipotizzando un “allargamento caso-per-caso” degli stessi al fine di implementarne le figure che avrebbero potuto assicurare anche funzioni di assistenza nella clinica adeguate a ciascun paziente, ovviamente prevedendo che per l’aggregazione di professionalità proporzionate alle esigenze di assistenza etica del singolo paziente non si seguissero le selezioni pubbliche previste in via ordinaria nel caso il CET volesse avvalersi di esperti (passaggio del tutto equivocato nella dgr2, come se detto giusto riferimento a funzioni di assistenza nella clinica fosse sostitutivo delle mansioni ordinarie dei CET, il che chiaramente non corrisponde al senso del documento bioetico in commento).

Invece, manifestamente contraddicendo tali passaggi, oltre che i principi e il *dictum* della Corte, le stesse delibere 194 e 333 procedono ad escludere profili di valutazione di ordine farmacologico e ad istituire un totalmente atipico “Comitato Regionale per l’Etica nella Clinica” (COREC), individuato esercitando la più ampia discrezione e pervenendo, comunque, a una composizione dello stesso, la quale, comunque, risulta del tutto estranea ai parametri prescritti dall’art. 3 del DM 853 del 30.1.2023 e dunque *per tabulas* inidonea a svolgere competenze sul piano della approvazione degli essenziali protocolli per l’utilizzo dei farmaci e dei presidi sanitari.

5.7.3- Proseguendo, seppur sempre in senso ulteriormente subordinato, nell’esaminare altri argomenti offerti nelle delibere avversate, a pag. 6 della dgr 2, si invocano il D.M. 30 gennaio 2023 art. 1, c. 3: (*“I CET ... possono esercitare anche le attività sin qui svolte dai comitati etici esistenti di seguito indicati come «comitati etici locali» ..., “nonché le funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività di ricerca clinica e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona, ove non già attribuite a specifici organismi”*), il noto parere del CNB 24.2.23 ove si afferma che le funzioni *de quibus* “possono” essere attribuite ai CET, ovvero l’art. 1 c. 5 dello stesso DM (*“Per le richieste di valutazione etica su questioni differenti da sperimentazioni cliniche e studi osservazionali farmacologici, un centro clinico può far riferimento a un CET o a un comitato etico locale, anche se non istituito presso la propria struttura, purché presente nella propria regione”*) nonché il D.M. 8/2/2013 art. 1 c. 2 (che, si badi bene, in altro passaggio della dgr viene invece considerato “superato” ...), (*“Ove non già attribuita a*

specifici organismi, i comitati etici possono svolgere anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona”) e il D.M. 12 maggio 2006 (“*Requisiti minimi per l’istituzione, l’organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali*” all’art. 1 c. 3 dove si legge: “*Ove non già attribuiti a specifici organismi, i comitati etici possono svolgere anche una funzione consultiva in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona umana*”).

L’Amministrazione fa leva nell’utilizzo del verbo “possono” con riferimento alla attribuzione ai CET di funzioni di etica nella clinica, qualora dette funzioni non siano già state assegnate ad altri organi. La strumentale tesi implicitamente suggerita intende affermare che, ove fossero già state attribuite di assistenza etica nella clinica ad organismi diversi dai CET, allora non scatterebbe la competenza degli stessi ma quella di CEC preesistenti. Di qui, l’ardito (oltre che illegittimo) tentativo della dgr 333/24 di collegare i nuovi organi consultivi con la dgr 194/24 e la determina 2596/24 al CEC di Reggio Emilia istituito nel 2020, dunque prima dei decreti ministeriali del gennaio 2023.

Se le dirimenti osservazioni in diritto in precedenza svolte impediscono in radice ogni iniziativa regionale del genere di quelle oggi contestate, si potrà comunque facilmente rilevare come anche tutti i passaggi di tale funambolica costruzione confusamente suggerita negli atti avversati siano infondati.

In primo luogo, la Regione può attribuire funzioni a un organo bioetico di propria autonoma costruzione esclusivamente nell’ambito di prestazioni sanitarie, già assegnate alla competenza regionale in ragione di una norma primaria sovraordinata. Invece, in tema di suicidio medicalmente assistito, non esiste alcun obbligo di prestare assistenza per agevolare una deliberata morte, come si è visto essere stato acclarato dalla sentenza stessa della Corte e riconosciuto persino in uno specifico passaggio della dgr² già citato, cosicché non esiste nemmeno alcun conseguente spazio organizzativo regionale. In effetti, le concrete prestazioni di tipo medico per far ottenere lo scopo di morte al suicida possono essere assunte, in presenza di eccezionali requisiti, in modo meramente volontario da singoli professionisti, non dal SSR che dunque non ha nemmeno la possibilità di organizzare prestazioni che non possiede con l’ausilio di organi composti autonomamente.

In secondo luogo, l'unica funzione che viene esposta nella sentenza 242 è non un "facere" ma la "verifica", ai fini della scriminante penale, dei requisiti previsti dalla Corte e delle ipotizzate modalità attuative su base volontaria della morte, verifica che comporta innanzitutto una competenza farmacologica, oltre che valutazioni afferenti all'etica della clinica. Allora, quand'anche, per mera ipotesi di difesa, si accedesse alla possibilità -che si esclude- per cui una Regione potesse affidare dette funzioni di etica nella clinica a un organismo preposto solo ad esse, allora -e a tutto concedere- si dovrebbero immaginare due valutazioni, una del CET per le complessità farmacologiche e dei presidi sanitari e una seconda per i profili di assistenza clinici, giacché le prime mansioni, affidate esclusivamente alla competenza dei CET, non possono mai essere legittimamente pretermesse.

In terzo luogo, appare impraticabile e assai impacciato il tentativo esperito dalla dgr 333/24 di rappresentare la precedente dgr 194/24, istitutiva del COREC, come una "regionalizzazione" del precedente CEC di Reggio Emilia, quando la dgr2 piuttosto intende dare "valenza regionale" all' "attività" di un (nuovo) CEC. Infatti, la dgr 194/24 cita il CEC di Reggio Emilia solo come un ritenuto precedente e opina di dare "valenza regionale" all'assistenza nella clinica, cosicché all'uopo "costituisce" un nuovo Comitato, tant'è che la composizione è del tutto autonoma rispetto al precedente di Reggio Emilia e si prevede per esso addirittura un nuovo regolamento di gestione, mentre il CEC di Reggio Emilia è già del tutto disciplinato dalla delibera direttoriale n 391/2020. D'altronde, proprio all'art. 1 di tale regolamento del CEC di Reggio Emilia si stabilisce che detto organo operi solo "*nel -relativo- territorio provinciale*", il che di per sé impedisce di dilatare detto CEC oltre i confini allo stesso impressi dalla disciplina specifica che lo riguarda.

In quarto luogo, in via generale le delibere in commento non possono, come accade invece in molti passaggi, "confondere" come fossero una realtà pressoché interscambiabile i *Comitati Etici Territoriali o Locali (CET/CEL)* con i *Comitati per l'etica nella Clinica*. Come si è visto, basterà appena ricordare che solo i primi hanno un tratto omogeneo su base nazionale, mentre i secondi sono composti a "piacimento" delle singole regioni, ove esistono, mancando del tutto una disciplina statale ovvero sarà sufficiente rammentare che solo i primi hanno esplicite ed essenziali competenze sul tema farmacologico, che è essenziale per la valutazione di cui si tratta sia in quanto la scelta *off label* dei medicinali è

dirimente per la dignità del paziente, sia per la previa valutazione dell'adeguatezza delle cure palliative, individuate addirittura come "prerequisito" dalla Corte.

5.7.4- Le palesi ragioni di illegittimità sopra accennate inficiano irrimediabilmente anche la determina direttoriale n. 2596/2024, che appare a tanto maggior ragione assunta in carenza di potere e in difformità dai canoni esposti nel presente atto, nonché nell'attuale profilo.

In effetti, tale determina, nel fissare termini macroscopicamente incongrui per un obbligo sanitario che è comunque precluso all'autorità regionale, come si è visto nei motivi che precedono, prevede non solo l'illegittima acquisizione del parere del Comitato per l'etica nella clinica (COREC) istituito dalla dgr 194/2024, ma persino anche una essenziale valutazione da parte di una "Commissione di Area Vasta", costituita con detta determina. Tale ulteriore nuovo e atipico organo, composto di soli sette componenti, non ha alcun riscontro nemmeno in "prassi" conosciute dall'esperienza della consulenza bioetica in Italia, cosicché anche con tale decisione si ignorano non solo i canoni del principio di legalità di cui all'art. 97 della Costituzione, non solo l'intera normativa in punto di Comitati Etici, non solo i precetti in materia della sentenza della Corte costituzionale, ma persino ogni minimale parametro di logicità e congruità rispetto alle esigenze di competenza professionale per le essenziali valutazioni sull'uso di farmaci *off label* che la questione sempre impone.

Né si può negare che, se - come più volte visto - la Corte costituzionale ha ritenuto che una adeguata "competenza" sui delicatissimi profili in punto del ridetto utilizzo dei medicinali, potesse essere assicurata solo dai CET/CEL, che hanno tale precipua formazione, non v'è chi non veda come qualsiasi altro organo - che sia costituito senza detta preventivamente normata condizione di competenza - non può garantire quella tutela per "*evitare abusi in danno di persone vulnerabili*" e per "*garantire la dignità del paziente e ... evitare al medesimo sofferenze*" (Corte cost. 242/2019, cit.).

5.7.5- Tutti gli atti gravati, in sintesi, nonostante le premesse richiamino la sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, invece introducono, in punto di valutazione dei requisiti ivi previsti (e al netto dell'impossibilità di prevedere obblighi in capo al SSR di cui si è detto ai motivi che precedono), una netta violazione della stessa, giacché né la "Commissione di area vasta", né il COREC sono "*strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale*", come invece pretende l'arresto costituzionale in commento.

Altresì, e riprendendo argomenti di caratura costituzionale già svolti nel presente ricorso, una siffatta scelta, che affida le valutazioni sui suicidi assistiti a organi di mera derivazione regionale, introduce una strutturale **differenziazione territoriale nell'applicazione dei canoni della sentenza costituzionale n. 242/2019**. Ma, è notorio che in materia di prestazioni sanitarie è stata affermata dalla stessa Consulta *“l'indefettibilità e la generalità di una disciplina uniforme su tutto il territorio nazionale collegate a specifiche prestazioni delle quali la normativa statale definisce il livello essenziale di erogazione, pur in un sistema caratterizzato da autonomia regionale e locale costituzionalmente garantite”* (cfr. Corte costituzionale n. 72/2020).

Il tema trattato riguarda, peraltro, questioni che attengono a prestazioni che dovrebbero addirittura interrompere la vita, il che creerebbe un quadro di differenziazioni territoriali totalmente inaccettabile per l'ordinamento repubblicano, con la scolastica violazione **degli artt. 3** (uguaglianza di trattamenti) e **117, lett. m)** (livelli prestazioni essenziali) della **Costituzione**.

Non si può, poi, non richiamare la precipua ragione, per cui la Consulta ha preteso che intervenisse un “organo terzo” di derivazione nazionale per l'accertamento dei requisiti, in presenza dei quali scatterebbe l'eccezionale esenzione dal reato di aiuto al suicidio (art. 580 cp). La Corte costituzionale teme, cioè, che, altrimenti, *“qualsiasi soggetto – anche non esercente una professione sanitaria – potrebbe lecitamente offrire, a casa propria o a domicilio, per spirito filantropico o a pagamento, assistenza al suicidio a pazienti che lo desiderino, senza alcun controllo ex ante sull'effettiva sussistenza, ad esempio, della loro capacità di autodeterminarsi, del carattere libero e informato della scelta da essi espressa e dell'irreversibilità della patologia da cui sono affetti”*. Quindi, *“mediante la procedura in questione [id est: il parere dei Comitati Etici Territoriali - CET] è ... possibile accertare la capacità di autodeterminazione del paziente e il carattere libero e informato della scelta espressa”*.

Se, tuttavia, detto essenziale accertamento della **“capacità libera e informata di agire”** di una persona vulnerabile è lasciato a organismi, la cui composizione varia da regione a regione, anche le relative valutazioni subiranno ampie oscillazioni. Ma se la “capacità di agire” sarà diversamente valutata su base territoriale, ciò significa che si darà luogo a ineluttabili diversità di trattamento, ma anche che essa sconfinerà in un terreno tipicamente

civilistico, quello della “capacità di agire”, anch’esso **affidato, invece, ai sensi dell’art. 117, comma 1, lett. l) Costituzione, all’esclusiva sfera del legislatore statale.**

Né, infine, può dimenticarsi che qualora, come inopinatamente pretendono gli atti avversati, le valutazioni della sentenza 242/2019 della Consulta venissero lasciate a organi a totale derivazione regionale, anche il perimetro dell’esimente dal reato di cui all’art. 580 cp introdotta con la medesima pronuncia muterebbe sulla base di leve regionali, con ciò eludendo il fondamentale principio per cui la normativa in materia penale è appannaggio esclusivo dello Stato centrale, come è stato in più occasione argomentato nel presente ricorso.

*** *** ***

Tutto quanto sopra premesso e considerato, le associazioni ricorrenti in epigrafe indicate, formulando ogni riserva di ulteriori deduzioni, eccezioni, istanze e conclusioni, anche con eventuali motivi aggiunti, chiedono che codesto On.le TAR Emilia-Romagna – Bologna adito voglia, *contrariis reiectis*, accogliere le seguenti

CONCLUSIONI

- **annullare**, in accoglimento del presente ricorso, la Delibera di Giunta Regionale n. 194 del 5 febbraio 2024, la Determina del Direttore della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e *Welfare* n. 2596 del 9 febbraio 2024, nonché la Delibera di Giunta Regionale n. 333 del 26 febbraio 2024 e ogni altro atto e provvedimento ad essi presupposto e/o consequenziale, per i profili indicati in epigrafe e nel sueposto testo, con la condanna al risarcimento di ogni pregiudizio patito e patiendo nella misura che sarà indicata in corso di causa o ritenuta di giustizia.

- con vittoria di spese e competenze di causa, oltre accessori come per legge, dichiarandosi i difensori antistatari.

Documenti come da separato elenco.

Ai sensi dell’art. 13 del D.P.R n. 115/2002, il presente ricorso ha valore indeterminabile ed è soggetto al pagamento del contributo unificato pari a € 650,00.

Roma – Bologna, 11 marzo 2024

Prof. Avv. Giovanni Pesce	Prof. Avv. Mario Esposito	Prof. Avv. Alessandro Candido
Avv. Francesco Cavallo	Avv. Francesco Fersini	Avv. Domenico Menorello
Avv. Fabio Nieddu	Avv. Andrea Taddeo	Avv. Gianluca Taddeo