

La legge della Regione Toscana n. 16/2025 sulle “Modalità organizzative per l’attuazione delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024”, tra esigenze di certezza nell’uniforme godimento dei diritti e riserve di competenza del legislatore statale*

Antonello Lo Calzo**

SOMMARIO: 1. Premessa. Il legislatore regionale sul fine vita, tra uniforme garanzia dei diritti, competenza del legislatore statale e sindacato della Corte costituzionale. – 2. L’attesa di una legge sul suicidio medicalmente assistito e l’inerzia del legislatore. – 3. Il ruolo del legislatore regionale nella regolamentazione delle procedure per il suicidio medicalmente assistito. – 4. La legge della Regione Toscana n. 16/2025 e i criteri “procedurali” fissati dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019. – 5. L’istanza al Collegio regionale di garanzia statutaria presentata dalla minoranza consiliare avverso la delibera dell’11 febbraio 2025: un vaglio di costituzionalità “travestito” da controllo di compatibilità statutaria? – 5.1. La Deliberazione n. 2/2015 del Collegio regionale di garanzia statutaria e gli “strumenti” per una risposta “nel merito”. – 6. I contenuti della legge Regionale toscana n. 16/2025. La

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Ricercatore di Diritto costituzionale nell’Università di Pisa, antonello.localzo@unipi.it.

disciplina della procedura di accesso e attuazione della richiesta di suicidio medicalmente assistito. – 7. Il ricorso in via principale del Governo: la legge regionale toscana al vaglio della Corte costituzionale. – 8. Osservazioni conclusive. Questioni irrisolte e difficoltà di pervenire ad una regolamentazione regionale in materia di fine vita, tra esigenza di uniforme garanzia della dignità e dell'autodeterminazione e intollerabile inerzia del legislatore statale.

ABSTRACT:

La Regione Toscana è stata la prima in Italia ad approvare una legge per la disciplina delle modalità organizzative per l'accesso alle procedure di suicidio medicalmente assistito. Nel silenzio del legislatore statale, però, l'intervento di quello toscano giunge all'esito di un percorso caratterizzato da numerosi ostacoli, che aveva già fatto registrare l'arresto di iniziative di analoga portata in altri contesti territoriali. L'esigenza di garantire maggiore certezza e uniformità nelle procedure per l'accesso e per l'esecuzione delle richieste di suicidio medicalmente assistito, conformi alle condizioni fissate dalle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024, deve confrontarsi con l'articolato riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni, aprendo allo scenario dell'impugnativa governativa della legge davanti alla Corte costituzionale.

The Tuscany Region has been the first in Italy to enact legislation governing the organizational procedures for accessing medically assisted suicide. In the absence of national legislative action, the regional initiative emerges as the outcome of a process fraught with numerous obstacles—obstacles that had previously led to the suspension of comparable efforts in other territorial contexts. The imperative to ensure greater legal certainty and procedural uniformity in the access to and execution of medically assisted suicide requests—provided they meet the conditions established by Constitutional Court judgments no. 242/2019 and no. 135/2024—must be assessed in light of the complex allocation of legislative competences between the State and the Regions. This dynamic raises the possibility of a government challenge to the regional law before the Constitutional Court.

1. Premessa. Il legislatore regionale sul fine vita, tra uniforme garanzia dei diritti, competenza del legislatore statale e sindacato della Corte costituzionale

Le vicende che hanno riguardato la disciplina del fine vita in Italia, al di là di ogni considerazione che possa coinvolgere il piano ideologico¹ e politico nell'approccio al tema, si sono sviluppate alla luce dalla "tensione" tra due esigenze che non sempre hanno ricevuto

¹ È risaputo come il tema del fine vita, anche se indagato in una prospettiva eminentemente giuridica, diventi spesso il campo in cui si confrontano le diverse convinzioni etiche (o religiose) degli studiosi, i quali si trovano di fronte alla difficoltà di dare una veste razionale e oggettiva a quanto in realtà frutto di un convincimento interiore. Cfr. G. CONTI, *Dare a Cesare quel che è di Cesare (E comunque meglio Kierkegaard di San Tommaso)*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2025, n. 1, p. 38. Per una ricostruzione delle tesi giuridiche in tema di fine vita si veda U. ADAMO, *Costituzione e fine vita. Disposizioni anticipate di trattamento ed eutanasia*, Padova, CEDAM, 2018.

soddisfazione in modo “armonico”, rilevandosi piuttosto notevoli “differenze di passo” tra quanto richiesto per la piena garanzia dei diritti e quanto, invece, offerto dalle risposte legislative necessarie allo scopo. Da una parte, infatti, si collocherebbe l’esigenza di assicurare piena garanzia e tutela al diritto all’autodeterminazione della persona nell’ambito relativo alla salute e alle fasi finali della propria esistenza, dall’altra, quella volta a mantenere una certa “deferenza” nei confronti del legislatore, individuato come attore prioritario nella definizione dell’esatto bilanciamento tra contrapposti principi, non da ultimo il diritto alla vita che la stessa Corte costituzionale ha fondato nel combinato degli artt. 2 Cost. e 2 CEDU esclusivamente nella sua valenza “promozionale”².

Proprio tale seconda esigenza ha assunto una duplice declinazione, la quale ha trovato riscontro nella innovativa tecnica della decisione in “due fasi”³ o “due tempi”⁴ che il Giudice delle leggi ha “sperimentato” nel trattare e risolvere la questione sollevata nell’ambito della vicenda “Cappato”. Discostandosi dalla consueta forma decisionale del “monito”, ma ritenendo comunque che vi fossero tutti gli elementi per pervenire ad una pronuncia di accoglimento parziale, la Corte ha preferito concedere al legislatore un termine per adottare una disciplina complessiva della materia, rinviando – con l’ordinanza 14 febbraio 2018, n. 207 – la decisione della questione di circa un anno⁵. Se alla data fissata per la nuova

² Emblematico è il passaggio dell’ordinanza Corte cost., n. 207/2018, ove il Giudice delle leggi ha affermato 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». Sulla connotazione della vita come valore fondamentale e sulla sua evoluzione alla luce dei mutamenti del contesto sociale si veda P. BILANCIA, *La vita come valore fondamentale e principio costituzionale*, in *Diritti fondamentali*, 2025, n. 2, pp. 70 ss.

³ E. MALFATTI, S. PANIZZA, R. ROMBOLI, *Giustizia costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2024, p. 145. Si tratta, come illustrano gli autori, di una tecnica decisionale che consentirebbe di superare la scarsa sensibilità che il legislatore ha spesso dimostrato rispetto ai moniti della Corte, conciliando il rispetto della discrezionalità del legislatore con la tutela effettiva dei diritti. Essa implica l’adozione di un primo provvedimento interlocutorio, nella forma dell’ordinanza, in cui la Corte già ravvisa una serie di incongruenze costituzionali nella normativa che vieta in modo assoluto l’aiuto al suicidio, ma, in questa sede, non ritiene di poter giungere ad una dichiarazione di illegittimità, in assenza di una legge che specifichi le condizioni e le modalità in presenza delle quali l’aiuto al suicidio deve ritenersi non punibile. Lo stesso provvedimento, quindi, rinvia la decisione ad una successiva udienza, concedendo al legislatore un termine di undici mesi per l’adozione di una legge che regoli esaustivamente la materia. Decorso inutilmente tale termine, la Corte sottolinea la necessità di tornare sulla questione con un secondo provvedimento, nella forma della sentenza, che, oltre ad accertare, dichiarare anche l’illegittimità della normativa, non potendo l’inerzia del legislatore prolungare le violazioni che già in prima battuta la Corte aveva rilevato.

⁴ D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2021, p. 153.

⁵ Il rispetto della discrezionalità, nonché la reale tenuta di quel «contesto espressamente definito “collaborativo” e “dialogico” fra Corte e Parlamento» di cui la Corte parla nell’ordinanza n. 207/2018, sono sottoposti a vaglio critico da chi osserva una certa tendenza del Giudice delle leggi a sovrapporre le proprie valutazioni di merito a quelle normalmente spettati al legislatore, tanto da sostenersi che quella richiesta dalla Corte «appaia quasi una legislazione sotto dettatura, dal momento che le indicazioni derivano da un soggetto quale la Corte costituzionale che indica con precisione i patti che il legislatore deve rispettare». In questo senso R. ROMBOLI, *Corte costituzionale e legislatore: il bilanciamento tra la garanzia dei diritti ed il rispetto del principio di separazione dei poteri*, in *Consulta online*, 2023, n. 3, p. 820. Così facendo gli spazi della discrezionalità finirebbero per essere ridotti ai soli profili temporali che, al netto della minaccia della “seconda pronuncia”, lasciano impregiudicato un intervento futuro del legislatore. Criticamente su questo aspetto A. RUGGERI, *La disciplina del suicidio assistito è “legge” (o, meglio, “sentenza-legge”), frutto di libera invenzione della Consulta. A margine di Corte cost. n. 242 del 2019*, in *Quaderni di diritto e politica ecclesiastica*, 2019, n. 3, pp. 633 ss.

udienza il legislatore non avesse ottemperato alle sollecitazioni della Corte, tenendo altresì conto dei principi da essa stabiliti, questa non avrebbe potuto esimersi dal dichiarare l'illegittimità della norma impugnata, al fine di rimuovere le violazioni costituzionali già rilevate con l'ordinanza⁶.

Oltre che in tale prospettiva, il rispetto del ruolo del legislatore statale ha assunto rilievo anche in relazione al riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni, ove si è registrata una "spinta" alla regolamentazione locale che potesse sopperire alle inerzie del primo, proprio in vista di quella più ampia garanzia del diritto all'autodeterminazione di cui si è detto in apertura, controbilanciata, però, da quelle tesi che tendono a privilegiare l'esigenza della uniformità nel godimento dei diritti (e quindi a riservare, talvolta senza operare distinguo, ogni intervento in materia alla legge dello Stato).

Proprio questa seconda declinazione dei rapporti tra legislatore centrale e regionale viene in rilievo nell'esame del percorso che ha portato all'approvazione della legge della Regione Toscana, 14 marzo 2025, n. 16, nonché delle vicende successive che preludono ad un ritorno del tema del fine vita davanti al Giudice delle leggi, ma seguendo una via diversa da quella consueta del giudizio incidentale.

È innegabile che il riparto di competenze legislative sia intricato e che il dettato della sentenza 22 novembre 2019, n. 242, con cui la Corte costituzionale ha chiuso la vicenda "Cappato", mantenga un certo margine di "incertezza" sull'esatta configurazione del diritto a disporre della propria vita nelle sue fasi finali e al verificarsi di certe condizioni, ma proprio indagando in queste fitte maglie occorre verificare se il legislatore regionale abbia saputo sfruttare gli stretti spazi per un intervento che sia conforme all'art. 117 Cost., seppure il destino di questo resta ad oggi legato alle determinazioni prossime del Giudice delle leggi⁷.

⁶ È impossibile in questa sede dare conto della intera mole di commenti dottrinali che hanno riguardato i profili processuali della vicenda in esame, tra gli altri, si rinvia a M. BIGNAMI, *Il caso Cappato alla Corte costituzionale: un'ordinanza ad incostituzionalità differita*, in *Questione giustizia*, 19 novembre 2018; M. PICCHI, «Leale e dialettica collaborazione» fra Corte costituzionale e Parlamento: a proposito della recente ordinanza n. 207/2018 di monito al legislatore e contestuale rinvio della trattazione delle questioni di legittimità costituzionale, in *Osservatorio sulle fonti*, 2018, n. 3, pp. 1 ss.; F. DAL CANTO, *Il "caso Cappato" e l'ambigua concretezza del processo costituzionale incidentale*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2019, pp. 1 ss.; P. CARNEVALE, *Incappare in... Cappato. Considerazioni di tecnica decisoria sull'ordinanza n. 207 del 2018 della Corte Costituzionale*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2019, pp. 360 ss.; M. D'AMICO, *Il "fine vita" davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019)*, in *Osservatorio AIC*, 2020, n. 1, pp. 290 ss.; B. PEZZINI, *Fine vita, sanità, salute nel caso Cappato/Antoniani: la sequenza decisionale ordinanza 207/2018-sentenza 242/2019*, in *Corti supreme e salute*, 2020, n. 1, pp. 301 ss.; R. PINARDI, *Le pronunce Cappato: analisi di una vicenda emblematica della fase attualmente attraversata dal giudizio sulle leggi*, in *Liber amicorum per Pasquale Costanzo*, in *Consulta online*, 2020, pp. 1 ss.; F. GIRELLI, *L'ordinanza Cappato" e il fattore tempo nella giustizia costituzionale*, in *Consulta online*, 2022, n. 2, pp. 573 ss. Per un confronto a più voci, anche sugli aspetti processuali della vicenda, si veda il *forum* di E. MALFATTI (a cura di), *Sull'ordinanza Cappato (Corte costituzionale, ord. n. 207/2018) in attesa della pronuncia che verrà*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, 2019, n. 1, pp. 155 ss.

⁷ Come era ipotizzabile, infatti, il Governo si è rivolto alla Corte costituzionale, promuovendo ricorso in via principale (n. 20/2025 Reg. ric.) contro la legge nel termine di sessanta giorni dalla sua entrata in vigore. Sin dal 2018, e per tutto il 2025 (si pensi alla recente questione sollevata dal Tribunale di Milano, sempre sulla nozione di "trattamento di sostegno vitale", e decisa dalla Corte con la sentenza n. 66/2025) la giurisprudenza costituzionale sul fine vita si era formata con

2. L’attesa di una legge sul suicidio medicalmente assistito e l’inerzia del legislatore

L’11 febbraio 2025 il Consiglio regionale della Toscana ha approvato il testo della legge recante “Modalità organizzative per l’attuazione delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024”, anche se la promulgazione è intervenuta soltanto il successivo 14 marzo 2025⁸. Questo atto rappresenta la prima⁹ occasione in cui una Regione sia giunta ad approvare una legge che intende regolare le modalità procedurali della pratica di suicidio medicalmente assistito, dalla verifica delle rigorose condizioni di accesso alle modalità di esecuzione della richiesta, dando in tal modo attuazione alle indicazioni formulate dalla Corte costituzionale nelle sentenze 22 novembre 2019, n. 242, e 18 luglio 2024, n. 135. La legge nasce da una proposta popolare – già presentata, con minori fortune, in altri contesti regionali¹⁰ – frutto dell’attivismo dell’Associazione Luca Coscioni, anche se, all’esito

la mediazione dei giudici comuni, attraverso una serie di questioni poste in via incidentale. Oggi, invece, va ad arricchire il già corposo contenzioso tra Stato e Regioni sulla esatta definizione dei confini delle competenze legislative fissati dall’art. 117 Cost.

⁸ Come si avrà modo di meglio analizzare, la delibera legislativa è stata sottoposta al vaglio del Collegio regionale di garanzia statutaria. Secondo quanto espressamente previsto dalla Legge regionale Toscana, 4 giugno 2008, n. 34, la richiesta di giudizio di conformità alle disposizioni statutarie comporta che il Presidente del Consiglio, fino alla conclusione dell’esame (che non può superare i trenta giorni), debba sospendere la trasmissione della delibera legislativa al Presidente della Giunta ai fini della sua promulgazione.

⁹ Il 17 settembre 2025, nelle more della pubblicazione del presente lavoro, anche la Regione Sardegna ha approvato una legge sulle procedure di accesso al suicidio medicalmente assistito, diventando così la seconda Regione italiana a dotarsi di una legge in materia. Il testo ribadisce quello licenziato (con modifiche) dalla VI Commissione permanente Salute in data 10 luglio 2025 e, come riportato nella Relazione di maggioranza, terrebbe conto dei rilievi formulati dal Governo in sede di ricorso proprio contro la legge Toscana. Al contrario, una proposta di contenuto analogo ha incontrato il voto contrario del Consiglio regionale in Abruzzo, ove, all’esito del voto del 19 giugno 2025, si è ritenuto che la competenza in materia fosse da riservare al legislatore statale, essendo forte il rischio di una impugnativa governativa di un legge regionale che avesse ad oggetto la regolamentazione delle procedure di suicidio medicalmente assistito.

¹⁰ In alcune Regioni la proposta è stata avanzata per mezzo dell’iniziativa legislativa popolare ed è stata depositata in Consiglio regionale a seguito della raccolta delle firme, così, in particolare, (oltre alla Toscana) in Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Abruzzo, Emilia-Romagna. In altre regioni, come in Basilicata, la proposta di legge è stata depositata per iniziativa dei Consigli comunali, mentre in Calabria, Marche, Puglia, Sardegna, Valle d’Aosta, Liguria, Lazio e Umbria la proposta è stata depositata da consiglieri regionali; peculiare è ancora il caso dell’Emilia-Romagna e della Puglia, in cui è stata preferita infine la soluzione dell’atto amministrativo in luogo della legge. Per indicazioni sugli avanzamenti più recenti cfr. *Le discussioni sulla morte volontaria medicalmente assistita Regione per Regione*, in *www.associazionelucacoscioni.it*, 24 febbraio 2025. Per un vaglio ragionato delle stesse E. ROSSI, *Le regioni di fronte all’inerzia del legislatore statale nella disciplina del suicidio assistito: un’ipotesi di «chiamata in sussidiarietà invertita?»*, in G. AMATO, F. BASSANINI, G. MACCIOTTA (a cura di), *Regioni sì, ma non così*, Bologna, Il Mulino, 2025, pp. 231 ss.; D. CODUTI, *Fine vita e Regioni: superare l’impasse legislativa ricorrendo a provvedimenti amministrativi?*, in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, Torino, Giappichelli, 2025, pp. 249 ss.; G. CONTI, *Dare a Cesare quel che è di Cesare*, cit., pp. 40 s., il quale rileva che, tenuto conto dei diversi esiti cui le iniziative sono pervenute in ciascuna Regione, nonché delle diverse scelte sul piano delle fonti, prima della Toscana il tema del fine vita è stato oggetto di una normazione di carattere secondario in Puglia, Marche ed Emilia-Romagna.

dell'iter di approvazione, il testo risulta ampiamente rimaneggiato rispetto a quello “base” formulato dall'Associazione¹¹.

L'esigenza di fondo che ha mosso l'azione del legislatore regionale è stata essenzialmente quella di superare l'inerzia del legislatore statale, cui pure spetterebbe in prima battuta il compito di adottare, nel rispetto delle condizioni fissate dalla Corte costituzionale, una legge che garantisca certezza e uniformità nell'accesso alle procedure di suicidio medicalmente assistito. L'intervento regionale sarebbe, quindi, mosso dall'intento di colmare un vuoto normativo, garantendo un omogeneo accesso alle procedure, a prescindere dalla configurabilità o meno di un vero e proprio diritto in tal senso da parte dei richiedenti (profilo sul quale, ovviamente, la Regione non avrebbe la facoltà di incidere).

Le difficoltà del legislatore statale di pervenire ad una regolamentazione organica della materia del fine vita, e in particolare del suicidio assistito, è comprovata dalle vicende che hanno accompagnato l'A.C. 2553 – recante “Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita” – che rappresenta, ad oggi, la proposta che ha raggiunto il maggior avanzamento nei lavori parlamentari, essendo stata approvata in prima lettura alla Camera il 10 marzo 2022, ma successivamente “travolta” dalla fine della XVIII Legislatura. Se si guarda ai lavori dell'attuale XIX Legislatura, diversi disegni di legge sono stati presentati negli ultimi mesi dinanzi alle Camere. Si pensi all'A.S. 1408, comunicato alla Presidenza in data 4 marzo 2025 e successivamente (il 2 luglio 2025) congiunto ai precedenti disegni di legge A.S. 65, 104, 124, 570 e 1083, già all'esame delle Commissioni riunite 2^a (Giustizia) e 10^a (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale), i cui lavori sono recentemente pervenuti a un nuovo testo unificato di maggioranza¹². Si tratta di disegni

¹¹ La proposta originaria si componeva di sei articoli, recanti la disciplina di: «Finalità» (art. 1), «Requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito» (art. 2), «Istituzione della Commissione medica multidisciplinare permanente» (art. 3), «Verifica dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito» (art. 4), «Gratuità della prestazione» (art. 5), «Clausola di invarianza finanziaria» (art. 6). Per il testo della proposta è possibile consultare il sito <https://liberisubito.it/>. Va sottolineato che, pur essendoci una “discrepanza” di un solo articolo tra la proposta e la legge approvata dalla Regione Toscana, quest'ultima reca una disciplina significativamente più articolata e complessa di quella promossa dall'Associazione, facendo verosimilmente tesoro delle Linee guida che le strutture sanitarie regionali già erano chiamate ad osservare per dare applicazione ai precetti delle sentenze n. 242/2019 e n. 135/2024. Nonostante l'influenza delle Linee guida nella definizione di un quadro procedurale più articolato, non mancano nella legge soluzioni divergenti su profili di estrema delicatezza, ad esempio, sul tipo di assistenza che le strutture sanitarie possono fornire o sulla disponibilità del farmaco letale.

¹² Si tratta del testo degli “*Emendamenti di Commissione relativi al DDL n. 104*” che i relatori di maggioranza, Pierantonio Zanettin e Ignazio Zullo, presenteranno all'Assemblea del Senato a conclusione dei lavori della Commissione in sede referente. Il 23 luglio 2025 è stato allegato il resoconto del testo degli “*Emendamenti al testo unificato adottato dalle Commissioni riunite per i disegni di legge n. 65, 104, 124, 570, 1083, 1408 NTI*”. Attualmente è aperto alla presentazione di subemendamenti. Il testo unificato è totalmente innovativo rispetto ai contenuti degli originari disegni di legge e già l'indicazione fornita in apertura restituisce l'idea di un impianto fortemente limitativo delle decisioni dei richiedenti sul fine vita, ove il nuovo testo dell'art. 1 afferma «il diritto alla vita è diritto fondamentale della persona in quanto presupposto di tutti i diritti riconosciuti dall'ordinamento».

Passando al dettaglio della disciplina fornita, i tratti qualificanti possono essere così riassunti: a) l'art. 2, modificando l'art. 580 c.p., prevede l'obbligo (non la facoltà) di inserire il richiedente suicidio medicalmente assistito in un percorso di cure palliative come condizione per vedere accolta la sua domanda; b) si provvede alla costituzione di un Comitato nazionale di valutazione, i cui membri sono designati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, mediante

dalla portata organica, i quali toccano anche aspetti che, per ragioni di competenza, sicuramente non potevano essere affrontati dai legislatori regionali: alcuni, ad esempio, hanno avuto particolare cura nel trattare agli aspetti definitivi, tra questi quello relativo alla nozione di “trattamento di sostegno vitale”, al centro di un cospicuo confronto giurisprudenziale, mentre alcuni dei disegni attualmente all’esame congiunto (in particolare A.S. 104 e 124) si sono soffermati sulla dibattuta questione del riconoscimento dell’obiezione di coscienza del personale coinvolto nelle procedure di assistenza al suicidio¹³.

Tuttavia, l’orientamento particolarmente cauto della maggioranza politica verso una regolamentazione nel merito dell’aiuto al suicidio non fornisce elementi tali da ritenere immineente la chiusura dell’iter parlamentare di approvazione di una legge in tal senso.

Ciononostante, l’immediata applicabilità della sentenza n. 242/2019 comporta che una richiesta di suicidio assistito possa essere in qualsiasi momento avanzata ad un’Azienda sanitaria, anche senza una legge che ne disciplini le modalità attuative, ragion per cui si pone la necessità sia di evitare i rischi di una deriva “discrezionale” nell’esecuzione, ove si volesse affidare al singolo operatore la necessità di colmare nella pratica le lacune legislative¹⁴, sia di fissare una procedura sufficientemente definita nei modi e nei tempi alla quale

l’inserimento di un apposito art. 9 bis all’interno della legge n. 833/1978; c) l’esonero delle strutture del Servizio sanitario dall’assistenza diretta nel suicidio; d) la definizione di una procedura piuttosto lunga per la valutazione della sussistenza dei presupposti da parte del Comitato (sessanta giorni, prorogabili di altri sessanta ove fossero richiesti determinati pareri o il Comitato ritenesse necessari ulteriori approfondimenti); e) la previsione di un termine di 180 giorni per ripresentare la richiesta in caso di parere negativo del Comitato sulla sussistenza dei presupposti. Pare evidente che, al netto delle modifiche che potranno essere ulteriormente apportate dall’Assemblea, l’impianto complessivo della proposta non sia del tutto in linea con i precetti dettati dalla Corte costituzionale.

In primo luogo, la Corte non ha previsto alcun obbligo di inserimento del richiedente in un percorso di cure palliative, ma soltanto l’adeguata informazione e la fattiva proposta di questo percorso, d’altra parte tale imposizione sarebbe difficilmente conciliabile con il dettato dell’art. 32, comma 2, Cost.; in secondo luogo, l’affidamento della nomina dei membri del Comitato etico nazionale (un giurista, scelto fra professori universitari di materie giuridiche o avvocati abilitati al patrocinio di fronte alle giurisdizioni superiori, un esperto di bioetica, un medico specialista in anestesia e rianimazione, un medico specialista in cure palliative, uno psichiatra, uno psicologo e un infermiere, che durano in carica per cinque anni, con possibilità di essere rieletti per altri due mandati anche non consecutivi) al Governo rischia di conferire a tale organo una problematica “impronta” politica, non auspicabile alla luce della delicatezza etica delle valutazioni che è chiamato a compiere; in terzo luogo, sottrarre al servizio sanitario nazionale la gestione delle procedure di suicidio assistito (testualmente «il personale in servizio, le strumentazioni e i farmaci di cui dispone a qualsiasi titolo il Servizio sanitario nazionale non possono essere impiegati al fine dell’agevolazione dell’esecuzione») non si conforma a quanto espressamente stabilito dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019; quarto profilo, considerando la situazione clinica della maggior parte dei richiedenti, la previsione di un termine di quattro mesi per la sola valutazione dei presupposti (sessanta giorni di base, più altri trenta in caso di richiesta di parere non vincolante a un medico specialista della patologia interessata o al Centro di coordinamento nazionale nel caso di uso di farmaci off label, più altri trenta nel caso in cui il Comitato adducesse “ motivate esigenze”) rischia di vanificare l’effettività delle procedure e il rispetto della dignità del richiedente; a maggior ragione, analoga considerazione vale per il termine di 180 giorni (prima del deposito del testo era stato addirittura prospettato un termine di 48 mesi!) che deve trascorrere, in caso di esito negativo della valutazione, per poter ripresentare l’istanza, indice di una scarsa comprensione del contesto reale da cui provengono le richieste di suicidio assistito, le quali riguardano, salvo ipotesi sporadiche, persone che hanno un’aspettativa di vita quantificabile in poche settimane.

¹³ Per una illustrazione critica dei contenuti dei disegni di legge attualmente all’esame delle Commissioni competenti del Senato si veda F. VARI, *Ancora in tema di assistenza al suicidio ed eutanasia*, in *Consulta online*, 2025, n. 1, pp. 516 ss.

¹⁴ In questo senso il parere della Commissione Regionale di Bioetica della Toscana del 14 febbraio 2020, n. 2, “*Liceità condizionata del suicidio medicalmente assistito e sistema sanitario regionale*”. Sul ruolo che tale Commissione svolge in

gli operatori possano affidarsi¹⁵; non è certo casuale che a tale necessità si sia cercato di superare attraverso linee guida adottate a livello di singole Aziende sanitarie¹⁶.

In questo contesto, pur in presenza di problemi che una legge regionale riuscirebbe a superare soltanto in parte¹⁷, si inserisce la recente delibera della Regione Toscana, rispetto alla quale va fatta una ulteriore premessa, concernente la stessa praticabilità della soluzione legislativa decentrata sotto il profilo del rispetto del riparto di competenze fissato dall'art. 117 Cost.

3. Il ruolo del legislatore regionale nella regolamentazione delle procedure per il suicidio medicalmente assistito

La via dell'intervento legislativo regionale in materia di fine vita non è priva di ostacoli, come è stato osservato sia da diversi commentatori e sia da alcuni pareri dell'Avvocatura dello Stato¹⁸. E pur non essendo in radice preclusa, si muove lungo un crinale piuttosto

tema di fine vita si veda L. BIANCHI, *Per un inquadramento costituzionale della legge della Regione Toscana sul suicidio assistito*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, 2025, n. 2, pp. 96 ss.

¹⁵ La definizione delle tempistiche è coesistente alla piena garanzia dell'autodeterminazione, in quanto è frequente la circostanza che le persone richiedenti l'aiuto al suicidio muoiano prima della conclusione dell'iter di valutazione dei presupposti, in mancanza di una regolamentazione della sequenza procedimentale sufficientemente precisa e subordinata al rispetto di tempi certi per la conclusione.

¹⁶ Per restare alla Regione Toscana si vedano le Linee guida del 2024 su "*Indirizzi operativi per l'applicazione delle sentenze della Corte Costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024 in materia di suicidio medicalmente assistito*". Sull'efficacia giuridica di tali atti, in generale, T. SPASARI, *Il valore funzionale delle linee guida in materia sanitaria*, in *Biomed Journal*, 2025, n. 1, pp. 415 ss.

¹⁷ Come affermato dal citato Parere del 2020, un intervento legislativo doveva servire ad evitare una gestione eccessivamente discrezionale dei casi concreti, affidata alla sensibilità del direttore sanitario o addirittura del singolo medico. Sembra implicito che l'esigenza di adottare misure omogenee si ponga nell'attesa del legislatore statale, non tanto di quello regionale, il quale potrebbe conseguire tale risultato nei più ristretti confini territoriali di competenza. In quest'ordine di idee si colloca A. COSTANTINI, *Il "soccorso di necessità" delle Regioni in materia di morte medicalmente assistita. I confini "penalistici" di un intervento costituzionalmente ammissibile*, in *La Legislazione penale*, 2025, n. 1.1, p. 177, secondo la quale, «mentre il difetto di qualsiasi regolamentazione espone a difformità di trattamento caso per caso, una regolamentazione regionale elimina tale disfunzione almeno a livello regionale». Ciò, però, non toglie – sempre ad opinione dell'Autrice – che l'intervento regionale non possa operare in sostituzione definitiva di quello statale, ma solo per una supplenza temporaneamente limitata.

¹⁸ In questo senso, va citato il parere dell'Avvocatura generale dello Stato del 15 novembre 2023, reso a seguito della richiesta della Regione Friuli-Venezia Giulia del 7 novembre 2023. Secondo l'Avvocatura non sarebbero riscontrabili margini di intervento per il legislatore regionale in quanto la disciplina relativa alla titolarità e all'esercizio di diritti fondamentali, come il diritto alla vita e la scelta sulle cure, così come le scelte in tema di punibilità penale, che attengono al profilo della responsabilità e della libertà personale, rientrano nella competenza riservata al legislatore statale dall'art. 117, comma 2, lett. D), Cost. Inoltre, i margini elastici di attuazione della sentenza n. 242/2019 esporrebbero i richiedenti accesso alla procedura ad una potenziale disparità di trattamento, con variazioni sul territorio nazionale (ma, aggiungerei, anche tra singole strutture sanitarie all'interno di un definito contesto regionale), anche in tal caso con una violazione della competenza esclusiva dello Stato in tema di "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali", di cui all'art. 117, comma 2, lett. m), Cost. Infine, pur essendo ravvisabile una qualche intersezione della materia del fine vita con quella della tutela della salute dei cittadini, a prevalere sarebbe l'esigenza di assicurare il

mobile, concernente la distinzione tra disciplina delle procedure organizzative (rientrante nella competenza delle Regioni) e aspetti più strettamente attinenti alla sostanza dei diritti (che incidono, ad esempio, sulla portata delle condizioni di accesso e che sarebbero rimessi alla competenza del legislatore statale). Una distinzione sottile¹⁹ che, però, potrebbe essere decisiva in un futuro giudizio, sollevato in via principale, davanti alla Corte costituzionale²⁰. Ragionando sul margine di intervento per il legislatore regionale è possibile collocarsi in una duplice prospettiva: se la materia trattata debba essere ricondotta tra quelle di competenza esclusiva del legislatore statale, essendo così preclusa ogni possibilità di intervento regionale, oppure se sia possibile ricondurla alla tutela della salute, collocata tra le materie di competenza concorrente, per cui l'unica limitazione andrebbe ravvisata nella possibilità o meno di ricavare dalla legislazione statale i necessari principi fondamentali che il legislatore regionale sarebbe chiamato a rispettare²¹.

È in questo senso che la distinzione sopra richiamata – tra disciplina organizzativa o incidenza sulla portata del diritto – appare decisiva, perché, a seconda dei profili disciplinati (oltre al modo in cui concretamente lo siano), potrebbe ricadersi in un ambito precluso o consentito. La legge della Regione Toscana, almeno nelle intenzioni, parrebbe muoversi nella prima prospettiva, ma, preliminarmente agli aspetti di merito, è opportuno passare

diritto della persona di essere curata efficacemente, secondo i canoni della scienza medica, nonché di essere rispettata nella propria integrità fisica in condizione di eguaglianza in tutto il Paese, obiettivo perseguibile soltanto attraverso un intervento legislativo dello Stato che dia attuazione in modo uniforme agli indirizzi condivisi dalla comunità scientifica. Il parere è adesso citato da G. RAZZANO, *La legge della regione Toscana sul suicidio assistito: regionalismo differenziato «in un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale», concernente i principi supremi, i diritti inviolabili e la materia penale?*, in *Consulta online*, 2025, n. 2, p. 576.

¹⁹ Come rileva L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, in *Osservatorio costituzionale*, 2024, n. 3, p. 179, si tratta di un ambito in cui spesso i profili procedurali e quelli sostanziali finiscono per sovrapporsi. Emblematico è il caso della previsione o meno di un onere assistenziale in capo alle strutture sanitarie pubbliche, tale da riconfigurare la portata del diritto definito dalla Corte costituzionale, trasformandolo da un “diritto all'accertamento della liceità” a un “diritto a prestazione”. Ove la legge regionale dovesse incidere sulla esatta conformazione del diritto vi sarebbe più di un dubbio che possa aver invaso un ambito riservato al legislatore regionale ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m) e l), Cost. Al riguardo cfr. anche O. SPATARO, *Lo statuto giuridico del fine vita tra giurisprudenza costituzionale e legislazione regionale*, in *Diritti fondamentali*, 2025, n. 1, pp. 245 s.

²⁰ Sul punto, E. ROSSI, *Le regioni di fronte all'inerzia del legislatore statale*, cit., p. 229, osserva che come «si potrebbe ritenere che la decisione in ordine alle responsabilità da attribuire al servizio sanitario possa costituire oggetto di un intervento regionale, è evidente che al contrario la scelta di ampliare le condizioni che legittimano l'accesso al suicidio medicalmente assistito rispetto a quelle indicate dalla Corte non può che essere di competenza del legislatore statale». In questo senso sembrano essersi orientati anche la Consulta di garanzia statutaria della Regione Emilia-Romagna e la Commissione di garanzia regionale del Piemonte, rispettivamente con la delibera n. 12 del 22 febbraio 2023 e con il parere n. 1 del 12 ottobre 2023, secondo le quali uno spazio di intervento per il legislatore regionale sarebbe giustificato in un ambito di competenza regionale concorrente inerente la tutela della salute relativamente a quelle norme che regolano l'organizzazione e le procedure per l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

²¹ Non è mancato in dottrina chi ha sottolineato i limiti che le Regioni potrebbero incontrare nel voler dare attuazione con legge ai precetti delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024, mentre analoga preclusione non sarebbe opponibile ove l'intervento dovesse avvenire con atti di natura amministrativa. Cfr. L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza*, cit., pp. 171 ss. Sulla preferibilità dell'impiego dell'atto amministrativo anche ID., *Regioni e fine vita: a proposito della legge toscana sul suicidio medicalmente assistito*, in *Osservatorio costituzionale*, 2025, n. 4, p. 111.

in rapida rassegna gli ambiti competenziali rilevanti, la cui illustrazione torna in modo ricorrente nelle elaborazioni della dottrina che si è interessata al tema²².

Ad entrare in gioco, tra le materie di competenza esclusiva dello Stato, vi sarebbero quelle di cui all'art. 117, comma 2, lett. l), Cost., segnatamente rispetto a “ordinamento civile e penale”, e all'art. 117, comma 2, lett. m), Cost., in ordine alla “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”. Quanto alle materie di competenza regionale concorrente, a venire in rilievo sarebbe l'art. 117, comma 3, Cost. relativamente alla “tutela della salute”. È chiaro come la legge n. 16/2025 della Regione Toscana richiami, già nel Preambolo, proprio quest'ultima competenza per attrarre l'organizzazione delle procedure di suicidio medicalmente assistito nella propria competenza legislativa.

Procedendo con ordine, va rilevata la posizione di quanti hanno ritenuto che la Corte costituzionale, con la sentenza n. 242/2019, non abbia inteso introdurre il diritto a una nuova prestazione, esigibile dalle persone che versano in determinate condizioni (sulle quali torneremo a breve), ma si sarebbe limitata a prevedere una mera causa di esclusione della punibilità²³, azionabile al verificarsi delle medesime condizioni di fatto²⁴. A sostegno di tale tesi è stata più volte richiamata la sentenza della Corte costituzionale, 14 dicembre 2016, n. 262²⁵, con la quale il Giudice delle leggi dichiarava l'illegittimità di una legge del Friuli-Venezia Giulia che, a fronte della perdurante inerzia del legislatore statale, aveva inteso fornire a livello regionale una regolamentazione dei registri per la raccolta delle

²² Si veda, sul punto, C. DE LUCA, *Il suicidio medicalmente assistito: esiste una competenza legislativa regionale?*, in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori*, cit., pp. 235 ss.

²³ Sulla qualificazione della causa esimente si rimanda a P. BERNADONI, *Ancora sul caso Cappato: qualche considerazione sulla “non punibilità” dell'aiuto al suicidio introdotta dalla Corte costituzionale*, in *Sistema penale*, 26 febbraio 2020; S.B. TAVERRITI, *Norme esimenti e aiuto al suicidio: dalle rime liberate alla metrica della dommatica*, in *Legislazione penale*, 18 maggio 2021.

²⁴ In questo senso M.G. NACCI, *Il contributo delle Regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Note a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, 2023, n. 1, pp. 93 ss.; G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio, i rilievi dell'Avvocatura Generale dello Stato, le forzature del Tribunale di Trieste e della commissione nominata dall'azienda sanitaria*, in *Consulta online*, 2024, n. 1, p. 75; A. CANDIDO, *Il “fine vita” tra Stato e Regioni*, in *Consulta online*, 2024, n. 3, p. 992.

²⁵ Come sostenuto dalla Corte, la legge della Regione Friuli-Venezia Giulia, 13 marzo 2015, n. 4, «lunghi dal limitarsi ad incentivare i cittadini a dichiarare anticipatamente la propria volontà sui trattamenti sanitari e dal mantenersi nell'ambito della competenza regionale legislativa e amministrativa in materia di tutela della salute e organizzazione dei relativi servizi pubblici, la normativa impugnata dal Governo appresta una disciplina organica e puntuale delle DAT, che – sottraendo alla sfera meramente privata tali manifestazioni di volontà, espressive della libertà di cura, e attribuendo ad esse un rilievo pubblico – interferisce nella materia “ordinamento civile”, riservata alla competenza legislativa esclusiva dello Stato». A venire in rilievo, quindi, sarebbe il travalicamento, da parte del legislatore regionale, del limite dell'adozione di norme di mera procedura, incidendo questo su aspetti che toccano la sostanza della identità e integrità della persona. Per il profilo attinente al riparto della competenza legislativa tra Stato e Regioni in tema di DAT si vedano L. BUSATTA, *Le dichiarazioni anticipate di trattamento, tra ordinamento civile e “ragioni imperative di uguaglianza”*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2017, pp. 1 ss.; D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio costituzionale*, 2018, n. 1, pp. 1 ss.

disposizioni anticipate di trattamento²⁶. In questa sede, infatti, la Corte rilevava come la diretta incidenza sui diritti della persona di «una normativa in tema di disposizioni di volontà relative ai trattamenti sanitari nella fase terminale della vita [...] 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».

Sia che si guardi al versante “civile” e al rilievo che una certa normativa assume nella garanzia dei diritti fondamentali, sia che si guardi a quello “penale”, relativamente alla determinazione di una causa di esclusione della punibilità, non vi sarebbero margini di intervento per il legislatore regionale. Per di più, guardando a quest’ultimo profilo, il rischio sarebbe, da una parte, quello di moltiplicare (almeno per un numero corrispondente a ciascuna Regione) le normative nell’ambito della punibilità penale²⁷ e, dall’altro, fraintendere la portata della sentenza n. 242/2019, trasformando di fatto una causa di esclusione della punibilità in una pretesa di prestazione²⁸.

Gli argomenti sopra richiamati potrebbero, però, essere contestualizzati in modo meno problematico rispetto al caso della legge regionale in esame. Quanto al richiamo alla sentenza n. 262/2016, senza volerne mettere in discussione l’assetto di fondo (di per sé condivisibile), essa si riferisce a una legge regionale che, a differenza di quella toscana, non si limita alla disciplina di aspetti organizzativi e procedurali di un istituto già previsto dal

²⁶ In senso analogo la sentenza Corte cost., 9 ottobre 2015, n. 195, con cui è stata dichiarata incostituzionale la legge della Regione Calabria, 16 ottobre 2014, n. 27, in materia di donazione di organi. Rispetto alla successiva questione friulana (e anche, per certi versi, a quella toscana più recente), l’aspetto differenziale va individuato nella circostanza che il legislatore regionale, attribuendo all’ufficiale dell’anagrafe la competenza ad acquisire, al momento del rilascio o del rinnovo del documento d’identità, la volontà del cittadino in merito alla donazione di organi o tessuti, riproduce nella sostanza una disciplina già prevista a livello nazionale dalla legge n. 91 del 1999 e successive integrazioni, invadendo, così, la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di “anagrafi” e di “ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali”. La Corte, quindi, non si pronuncia su un caso di intervento “suppletivo” della Regione rispetto al legislatore statale inattivo, piuttosto per vagliare la legittimità di un intervento regionale che si sovrappone a quello statale previgente.

Frequente, inoltre, in dottrina è il richiamo a un’altra sentenza della Corte costituzionale, la n. 438 del 23 dicembre 2008, con cui il Giudice delle leggi ha dichiarato l’illegittimità di una legge della Regione Piemonte che consentiva che «il trattamento con sostanze psicotrope su bambini e adolescenti può essere praticato solo quando i genitori o tutori nominati esprimano un consenso scritto, libero, consapevole, attuale e manifesto», con ciò eccedendo il limite della adozione di «una disciplina di dettaglio in ordine alle procedure di rilascio del suddetto consenso». Questa sentenza rileverebbe a maggior ragione, secondo G. RAZZANO, *La legge della regione Toscana sul suicidio assistito*, cit., pp. 574 s., relativamente al caso toscano, ove il legislatore regionale non si sarebbe attenuto all’adozione di una disciplina di mero dettaglio, ma avrebbe disciplinato in maniera autonoma e innovativa punti essenziali della materia, ad esempio, istituendo «una Commissione multidisciplinare permanente per la verifica dei requisiti di accesso al suicidio [...], neppure è menzionata dalle due sentenze che la regione si propone di “attuare”». Chiaramente l’elemento discriminante nel richiamo a questa decisione dipende dalla riconducibilità o meno della disciplina adottata dalla Regione a profili di dettaglio o organici, in quanto è condivisibile la tesi che, ricorrendo la prima ipotesi, il richiamo alla sentenza n. 438/2008 non potrebbe ritenersi conferente. Cfr. P.F. BRESCIANI, *Sull’idea di regionalizzare il fine vita. Uno studio su autonomia regionale e prestazioni sanitarie eticamente sensibili*, in *Corti supreme e salute*, 2024, n. 1, p. 245.

²⁷ A. CANDIDO, *Il “fine vita” tra Stato e Regioni*, cit., 997. Per una posizione simile si veda anche L. BIANCHI, *Sulla competenza legislativa regionale in materia di fine vita*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2024, n. 2, pp. 150 ss.

²⁸ G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull’aiuto al suicidio*, cit., p. 77.

legislatore statale, ma incide sulla regolamentazione di un istituto – le disposizioni anticipate di trattamento, in particolare con l’istituzione di un registro regionale per la raccolta – che per la sua stretta inerenza ai diritti fondamentali della persona e alla esigenza di un loro omogeneo godimento su tutto il territorio nazionale non poteva non essere riservato alla competenza del legislatore statale e sul quale mancava ancora qualsiasi intervento da parte di quest’ultimo²⁹.

Quanto all’obiezione di voler trasformare una causa di esclusione della punibilità in una pretesa di prestazione, con possibile “frammentazione” normativa tra le diverse Regioni, sembra sottovalutarsi il dato per cui la disciplina regionale non incide sulle condizioni di esclusione della punibilità, le quali restano fissate dalla sentenza n. 242/2019 con effetto *erga omnes*. Questo significa che ciò che resta avvinto nell’ambito della punibilità penale lo sarà ovunque, così come ovunque sarà da escludersi la punibilità dell’azione che rispetta le quattro condizioni fissate dalla Corte costituzionale. In tal senso, l’adozione di una legge regionale per la disciplina degli aspetti procedurali nessun effetto potrebbe avere sul piano della configurazione degli estremi della punibilità, non intaccando la riserva legislativa statale nell’ambito dell’art. 117, comma 2, lett. D), Cost.

Passando alla distinta prospettiva della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, in dottrina si è rilevata la potenziale illegittimità di una legge regionale che andasse a disciplinare le modalità procedurali per l’accesso alle pratiche di suicidio medicalmente assistito, in quanto non sarebbe possibile individuare nella legislazione statale i livelli minimi delle prestazioni assicurate, la cui determinazione, visto anche il carattere trasversale della materia, non potrebbe essere sottratta al legislatore statale³⁰.

Non sembra essere casuale che nella legge della Regione Toscana, all’art. 7, comma 2, si stabilisca espressamente che le prestazioni disciplinate costituiscono un livello di assistenza sanitaria superiore ai livelli essenziali, alle quali la Regione fa fronte con proprie risorse secondo quanto previsto dall’art. 13 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. In questi termini sarebbe preservato l’ambito riservato alla competenza statale nella determinazione dei livelli essenziali, potendo la Regione muoversi con maggiore libertà in quello dei livelli di assistenza superiore.

²⁹ Sostanzialmente analoga è la posizione di C. DE LUCA, *Il suicidio medicalmente assistito*, cit., p. 238, secondo la quale «la Corte costituzionale ha caducato la normativa regionale sulle DAT a fronte del suo carattere organico e puntuale e del suo contenuto consistente nel riconoscimento di efficacia vincolante e duratura nel tempo a specifiche manifestazioni di volontà del paziente. Non si trattava, dunque, in quel frangente, di norme di carattere meramente organizzativo-procedurale relative a poteri già riconosciuti, bensì di norme introduttive di nuove situazioni giuridiche sostanziali in capo a pazienti e amministrazioni».

³⁰ A. CANDIDO, *Il “fine vita” tra Stato e Regioni*, cit., pp. 997 ss. A supporto di tale posizione viene richiamato, ancora una volta, il parere dell’Avvocatura generale dello Stato del 15 novembre 2023, secondo la quale al Parlamento andrebbe riservata l’esclusiva competenza a legiferare in materia. Ciò trarrebbe conferma dalla circostanza che la «Corte reputa doveroso – in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale – consentire, nella specie, al Parlamento ogni opportuna riflessione e iniziativa» in quanto nella materia è dato rilevare «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».

Un'affermazione esplicita in tal senso potrebbe indurre a pensare che lo stesso legislatore regionale abbia il dubbio che il suo intervento incida nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni³¹. Va comunque osservato che, se di livello essenziale si può parlare, questo sarebbe da individuare nelle prescrizioni già fornite dalla Corte costituzionale nelle sentenze n. 242/2019 e n. 135/2024, difettando a queste soltanto una sufficiente determinazione delle procedure e dei tempi che la nuova legge della Regione Toscana ha il proposito di assicurare. Il livello essenziale potrebbe, in un certo senso, essere individuato nella semplice possibilità per la persona che versa nelle condizioni definite dalla Corte, in sentenze produttive di effetti *erga omnes*, di poter ottenere l'assistenza nel suicidio, senza che colui che fornisce l'ausilio possa andare incontro a responsabilità penale.

Il terzo ed ultimo profilo di competenza a venire in esame è quello previsto dall'art. 117, comma 3, Cost., relativo alla "tutela della salute". Un ambito di competenza legislativa concorrente per le Regioni che avrebbero, così, modo di muoversi nel "perimetro" delimitato dai principi fondamentali della materia fissati con legge dello Stato. Lasciando da parte quelle posizioni che sembrano insistere maggiormente sull'assenza di qualsiasi competenza regionale, anche soltanto concorrente, in quanto a prevalere sarebbero essenzialmente gli aspetti penalistici della non punibilità per l'assistenza nel suicidio³², il profilo che concerne la salute dei cittadini è comunque strettamente connesso alle vicende del fine vita, come pare confermato dalle procedure medicalizzate che lo accompagnano secondo lo schema disegnato dalla Corte costituzionale³³. In questo senso, la Regione avrebbe sicuramente un margine legittimo di intervento legislativo, restringendosi il problema – non secondario – alla possibilità di rinvenire o meno nel sistema i necessari principi fondamentali della materia che, secondo il dettato Costituzionale, sono riservati all'approvazione del legislatore statale.

Il dato certo è che il Parlamento, confermando la propria perdurante inerzia, non ha provveduto ad adottare una specifica legge in materia, neppure per la semplice determinazione dei principi fondamentali in materia di fine vita. L'interrogativo che si pone è se a tale

³¹ Per una recente indagine sulla portata di tale categoria si veda F. MASCI, *I livelli essenziali delle prestazioni: appunti per una ricostruzione*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2025.

³² In questo senso parrebbe orientata G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio*, cit., p. 75 s.

³³ Emblematica sul punto è la posizione di C. DE LUCA, *Il suicidio medicalmente assistito*, cit., p. 241, secondo la quale «il richiamo alla materia "tutela della salute" è motivato dalla natura degli enti coinvolti e dal tipo di attività ad essi demandate: le condizioni legittimanti l'aiuto al suicidio sono verificate dalle ASL in collaborazione con i comitati etici, l'attività consiste in un accertamento di tipo medico-legale e l'eventuale successivo ausilio nella realizzazione del proposito suicidario avviene tramite l'impiego di personale e macchinari medici. D'altronde, non è un caso che si parli di suicidio medicalmente assistito: sono le condizioni di salute del paziente nel godimento del proprio diritto di cura e il coinvolgimento delle amministrazioni sanitarie a determinare la liceità del comportamento agevolatore». Diversamente, G. CONTI, *Dare a Cesare quel che è di Cesare*, cit., p. 56, ritiene che il tema del fine vita, non si collochi puntualmente nell'ambito della tutela della salute, in quanto «il problema non è più la cura del malato ma unicamente il trattamento compassionevole che, secondo la sua volontà, soddisfa il diritto a porre termine alla propria sofferenza». Il titolare della situazione giuridica soggettiva «non è un malato astrattamente inteso ma esattamente la persona che chiede, per effetto della patologia di cui è vittima, di porre termine alla propria esistenza».

carezza possa in qualche modo rimediarsi con il rinvio alle decisioni della Corte costituzionale pertinenti oppure se, attraverso queste, sia possibile effettuare una più complessa operazione di “ricostruzione” normativa, rinvenendo nella legislazione vigente i principi che dovrebbero orientare il legislatore regionale.

Secondo un primo orientamento dottrinale la necessità di una legge quadro statale sarebbe indefettibile, nella misura in cui questa serve ad assicurare una maggiore uniformità nel godimento di un diritto su tutto il territorio nazionale, prevenendo possibili discriminazioni nella fruizione a causa degli squilibri territoriali. La definizione dei principi fondamentali della materia sarebbe, quindi, riservata in via esclusiva al legislatore statale, non potendo sopperire alla sua inerzia una sentenza della Corte costituzionale, seppure dotata di una immediata efficacia applicativa e particolarmente precisa e dettagliata nelle prescrizioni da osservare³⁴. Secondo altro orientamento, invece, le Regioni potrebbero intervenire con una propria legge in materia di suicidio medicalmente assistito nell’attesa di un intervento del legislatore statale che determini i principi fondamentali della materia, ma con il limite dell’adozione di disposizioni di carattere esclusivamente organizzativo e procedurale, volte ad assicurare l’omogenea attuazione sul territorio regionale delle prescrizioni dettate dalla Corte. Per di più, le prestazioni fornite si collocherebbero ad un livello superiore ai livelli essenziali di assistenza³⁵, la cui determinazione è rimessa al legislatore statale, e graverebbero sulle risorse proprie della Regione³⁶.

In questo senso, la Regione non andrebbe a sostituirsi al legislatore statale nella determinazione dei principi fondamentali, anche in virtù dell’operatività della “clausola di cedevolezza invertita”³⁷, né, a rigore, i principi sarebbero ricavati dalla sentenza n. 242/2019, con indebita

³⁴ Esclude che la sentenza n. 242/2019 possa essere invocata a giustificazione della legge regionale, come se si trattasse di una sorta di legge quadro A. CANDIDO, *Il “fine vita” tra Stato e Regioni*, cit., p. 1004. Sull’opportunità che l’intervento regionale in materia di suicidio assistito debba seguire quello del legislatore statale nella determinazione dei principi fondamentali anche L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi*, in *Rivista AIC*, 2024, n. 1, pp. 385 ss.

³⁵ Sul tema degli extra LEA si veda recentemente A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA: segnali di apertura che rafforzano l’esigibilità del diritto alla salute nelle regioni in piano di rientro?*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, 2025, n. 1, pp. 137 ss.

³⁶ Sulla possibilità di un intervento delle Regioni, le quali si limiterebbero a garantire un diritto già riconosciuto, ma non pienamente tutelato, C. CARUSO, *Al servizio dell’unità. Perché le Regioni possono disciplinare (con limiti) l’aiuto al suicidio*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, 2024, n. 1, pp. 8 ss. Si tratterebbe di un intervento che, ad opinione dell’Autore, sarebbe addirittura doveroso «per evitare un inadempimento nell’attuazione di una libertà fondamentale che l’ordinamento è tenuto a riconoscere», anche se andrebbe sempre limitato alla disciplina degli aspetti organizzativi e procedurali. In senso favorevole al riconoscimento di un margine di intervento regionale nella materia in esame anche P.F. BRESCIANI, *Sull’idea di regionalizzare il fine vita*, cit., p. 239 ss.; O. SPATARO, *Lo statuto giuridico del fine vita*, cit., pp. 246 s.

³⁷ Si veda esemplificativamente la ricognizione che il Consiglio di Stato, Sez. V, con sentenza 13 agosto 2024, n. 7124, fa della “clausola di cedevolezza invertita”. I giudici di Palazzo Spada hanno sostenuto che le Regioni possono disciplinare provvisoriamente ed eccezionalmente una materia, a condizione che sia ravvisabile una effettiva inerzia statale e sempre che si versi nell’ambito di competenze regionali e non esclusivamente statali. Essa opera facendo sì che l’efficacia della disciplina regionale cessa nel momento in cui lo Stato si attivi, esercitando la propria competenza legislativa. L’aggettivo “invertita” è giustificato dal modo in cui questa clausola opera rispetto alla consueta “cedevolezza”, la quale normalmente implica che lo Stato, al fine di evitare potenziali lacune normative nel sistema, interviene a disciplinare ambiti riservati alla competenza regionale sino a quando le Regioni non adottino propri atti. Tra gli ambiti in cui essa assume rilievo va segnalata la questione dell’attuazione

sostituzione della Corte costituzionale al legislatore; piuttosto, sfruttando la peculiare tecnica di redazione scelta dal Giudice costituzionale, i principi fondamentali sarebbero ricavabili – attraverso una complessa opera di “intaglio” dei testi legislativi – dalla l. 22 dicembre 2017, n. 219, recante “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, le cui prescrizioni sono in parte applicabili, nei limiti fissati dalla Corte, all’ipotesi del suicidio medicalmente assistito. Si tratta di una soluzione che troverebbe anche implicita conferma nel quadro ordinamentale, in particolare all’art. 1, comma 3, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale espressamente prevede che «nelle materie appartenenti alla legislazione concorrente, le Regioni esercitano la potestà legislativa nell’ambito dei principi fondamentali espressamente determinati dallo Stato o, in difetto, *quali desumibili dalle leggi statali vigenti*»³⁸.

In una posizione mediana potrebbe, infine, collocarsi chi ritiene che la l. n. 219/2017 definisca il quadro dei principi fondamentali della materia cui il legislatore regionale dovrebbe attenersi nel disciplinare le procedure di suicidio medicalmente assistito come rientranti nella più ampia materia concorrente della tutela della salute. La legge regionale fondata sui principi richiamati rischierebbe, però, di essere maggiormente esposta a censure, in ragione della peculiare determinazione che i principi fondamentali hanno in questo ambito. La giurisprudenza della Corte costituzionale, infatti, restituisce una nozione di principio fondamentale, nella materia “tutela della salute”, dalla portata particolarmente dettagliata, tale da lasciare margini di intervento piuttosto stretti al legislatore regionale, i cui scostamenti dalle prescrizioni statali potrebbero incorrere nella censura del Giudice delle leggi. La ragione di tale approccio è da ricercare nella volontà di assicurare maggiore uniformità nel livello delle prestazioni in tutto il territorio nazionale, visto che queste impattano in un ambito tanto delicato quale la salute delle persone³⁹.

delle direttive dell’Unione europea da parte delle Regioni, negli ambiti di competenza legislativa dello Stato rispetto ai quali questo ancora non si sia attivato. Essa opera sostanzialmente come uno strumento di salvaguardia della competenza statale, facendo salva la collegata necessità di dare attuazione al diritto europeo privo di effetti diretti. Sul punto S. TRIPODI, *L’attuazione regionale delle direttive comunitarie e le clausole di cedevolezza*, in *Federalismi*, 2007, n. 9, pp. 1 ss. Sulla possibilità di ricorrere alla “cedevolezza invertita” a temperamento di un intervento della Regione diretto a colmare le lacune determinate dall’inerzia del legislatore in tema di fine vita in dottrina sono state avanzate critiche, motivate soprattutto dalla circostanza che il ricorso alla suddetta clausola – secondo quanto stabilito dalla Corte costituzionale nella sentenza 9 gennaio 2019, n. 1 – sarebbe possibile solo nelle materie di competenza residuale regionale o concorrente, mentre ogni intervento sul fine vita sarebbe riconducibile a materie riservate alla competenza esclusiva del legislatore statale. Così A. CANDIDO, *Il “fine vita” tra Stato e Regioni*, cit., p. 1004. Diversamente E. ROSSI, *Le regioni di fronte all’inerzia del legislatore statale*, cit., pp. 236 s., ritiene che si versi nell’ambito di una materia di competenza concorrente della Regione, per cui la perdurante inerzia del legislatore potrebbe arrecare intollerabili vuoti di tutela per i diritti in gioco; a maggior ragione ciò valorizzerebbe il significato del principio di sussidiarietà definito dalla sentenza della Corte costituzionale, 1 ottobre 2003, n. 303, potendo operare in senso “invertito” quando «un livello di governo sia inadeguato alle finalità che si intenda raggiungere».

³⁸ Si veda C. DE LUCA, *Il suicidio medicalmente assistito*, cit., p. 243, la quale osserva che già prima della legge del 2003 la Corte costituzionale, con sentenza 26 giugno 2002, n. 282, aveva sottolineato che la mancanza di una legge statale, avente come oggetto precipuo la definizione dei principi fondamentali della materia, non precludesse la possibilità che questi potessero essere ricavati indirettamente da altre leggi vigenti.

³⁹ L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza*, cit., pp. 181 ss., part. 185, la quale richiama, a supporto della propria osservazione, i casi delle sentenze della Corte costituzionale: n. 112/2023 e n. 38/2020, sui requisiti professionali dei medici per l’accesso ai concorsi; n. 238/2018, n. 161/2016 e n. 132/2013 relative ai requisiti per ottenere l’autorizzazione all’esercizio

Alla luce di quanto osservato, secondo ampia parte della dottrina la praticabilità di un intervento regionale in materia di fine vita andrebbe vagliata alla luce del complesso riparto di competenze legislative fissato a livello costituzionale, tuttavia non mancano posizioni che aprono favorevolmente a questa eventualità, ma a condizione che vengano rispettate una serie di rigorose cautele da parte del legislatore regionale: innanzitutto, che si resti nell'ambito della "tutela della salute"; in secondo luogo, che, trattandosi di materia di competenza concorrente, i principi fondamentali possano essere in qualche modo ricavati dalla legislazione statale, in attesa dell'intervento puntuale del legislatore, anche mediante l'utilizzo di una "clausola di cedevolezza invertita" (ovvero, che i principi fondamentali possano essere ricavati dalla l. n. 219/2017, secondo le indicazioni della Corte costituzionale, nell'attesa di un intervento legislativo con lo scopo di adottarne di nuovi specificamente calibrati sulla tematica del suicidio assistito; chiaramente, in questo caso, ove vi fosse difformità con i nuovi principi adottati la legislazione regionale sarebbe destinata a "cedere"); e, infine, che si tratti di un intervento che vada a toccare esclusivamente i profili organizzativi e procedurali, senza poter incidere sulla sostanza e sulle condizioni per usufruire di determinate prestazioni⁴⁰.

Va comunque sottolineato, a questo proposito, un notevole livello di "adesione" della legge toscana ai principi dettati dalla Corte, che in nessun caso sembrano essere modificati o innovati, ma soltanto riprodotti puntualmente⁴¹. In questo senso la legge regionale in nulla andrebbe a modificare il quadro giuridico delle condizioni per l'accesso al suicidio assistito, ma determinerebbe esclusivamente (con un maggior margine di certezza, soprattutto temporale) la procedura già fissata nei suoi elementi necessari dalla Corte costituzionale. Dalla lettura di alcuni passaggi della sentenza n. 242/2019 (in particolare del paragrafo 5 Cons. diritto) sarebbe così possibile ricavare una serie di principi piuttosto dettagliati, che non possono essere ridotti alle sole "quattro condizioni" per la non punibilità, ma andrebbero a connettersi con la disciplina già applicabile della l. n. 219/2017, ad esempio sulle modalità di raccolta e verifica del consenso, trasponibili al procedimento per l'accesso alla procedura di suicidio medicalmente assistito.

È un aspetto significativo, al quale è opportuno dedicare un'analisi più approfondita.

delle strutture sanitarie private; n. 66/2017 e n. 255/2013 sui criteri stabiliti dalla legislazione statale per l'organizzazione delle farmacie quali principi fondamentali in materia di tutela della salute.

⁴⁰ C. CARUSO, *Al servizio dell'unità*, cit., p. 14 s.; C. DE LUCA, *Il suicidio medicalmente assistito*, cit., p. 243.

⁴¹ La scelta di tecnica di redazione normativa fatta dal legislatore toscano segna una variazione rispetto alla proposta di legge popolare sul punto. Mentre questa prevedeva inizialmente la puntuale elencazione delle quattro condizioni fissate dalla Corte costituzionale nel 2019, l'art. 2 della legge ha preferito operare un rinvio "fisso" ai «requisiti indicati dalle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024» per l'accesso alle procedure, purché ciò avvenga secondo le «modalità previste dagli articoli 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219». La possibilità di ricavare, in attesa dell'intervento del legislatore statale, i principi fondamentali della materia dalla l. n. 219/2017 è in questo modo fatta palese direttamente nel testo della legge regionale.

4. La legge della Regione Toscana n. 16/2025 e i criteri “procedurali” fissati dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019

La legge della Regione Toscana n. 16/2025⁴², come esplicitamente dichiarato all’art. 1, trova fondamento nella necessità di disciplinare le modalità organizzative relative al suicidio medicalmente assistito, dando in tal modo attuazione, nei limiti delle proprie competenze, a quanto disposto dalle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024. In sostanza, lo scopo dichiarato è quello di regolare puntualmente la procedura di accesso al suicidio assistito, al fine di superare ogni possibile incertezza attuativa, senza alcuna pretesa di incidere sulle condizioni e sui presupposti per l’accesso, per i quali si richiama espressamente alle sentenze della Corte, oltre che alla l. n. 219/2017.

Incertezze e rischi di discriminazione nell’accesso alle procedure che, invece, permarrebbero ove si pretendesse di fare esclusivo affidamento sulle prescrizioni che il Giudice delle leggi ha fornito sin dal 2019 (nonché, a rigore, già dalla precedente ordinanza n. 207/2018)⁴³. Ma ciò non toglie che le suddette “prescrizioni” fossero già sufficientemente dettagliate da orientare, in modo adeguato, le scelte del legislatore regionale nell’adozione di una regolamentazione puntuale delle modalità di accesso alle procedure di suicidio medicalmente assistito, da collocarsi nella più ampia competenza concorrente della “tutela della salute”.

È su questi “paletti” definiti dalla Corte che è opportuno ora soffermare l’attenzione, avendo cura di distinguere due profili: il primo, quello delle condizioni di accesso, che si ricavano dall’ambito di non punibilità circoscritto dalla Corte, e sulle quali la Regione non interviene e non potrebbe in ogni caso intervenire; il secondo, che riguarda le modalità di accesso alla procedura, ove un margine di attuazione da parte della Regione permane, pur nella strettezza dei vincoli, non solo procedurali, ma anche sostanziali (si pensi alla

⁴² A scanso di equivoci è opportuna, in questa sede, una precisazione preliminare inerente la numerazione degli articoli di legge citati in molti commenti a prima lettura. È frequente, infatti, la citazione di alcuni articoli mediante l’uso della numerazione “addizionale” (*bis, ter, ecc. ...*), mentre il testo entrato in vigore, dopo la pubblicazione nel BURT, 17 marzo 2025, n. 17, Parte prima, segue la consueta numerazione progressiva (con gli articoli che vanno da 1 a 9). Prescindendo dal fatto che si sarebbe trattato di una soluzione poco conforme alle buone tecniche di redazione normativa (si veda, ad esempio, la Circolare del Presidente del Senato del 20 aprile 2001, *Regole e raccomandazioni per la formulazione tecnica dei testi legislativi*, in particolare il § 6), la ragione deriva dall’utilizzo di un testo circolato in rete prima della promulgazione, nella veste che aveva assunto prima della data della deliberazione dell’11 febbraio 2025. Analogo discorso va fatto per il numero della legge, talvolta citata come legge n. 5/2025. Si tratta del numero della deliberazione consiliare, sottoposta al controllo del Collegio di garanzia statutaria (tanto che la sua Deliberazione riporta ancora questa numerazione), destinato ad essere sostituito dalla numerazione ufficiale (n. 16/2025) a conclusione dell’intero iter.

⁴³ Le prescrizioni della Corte scontavano inevitabilmente un certo grado di generalizzazione, riferendosi ad una serie di ipotesi “tipiche”, ma lasciavano sprovvisti di copertura quei casi che, per le loro concrete peculiarità, si discostavano dal modello disegnato dalla sentenza n. 242/2019. Ciò lasciava aperta la strada a nuove questioni di costituzionalità, come i casi successivamente trattati dalla Corte hanno confermato. Cfr. U. ADAMO, *La Corte costituzionale apre (ma non troppo) al suicidio medicalmente assistito mediante una inedita doppia pronuncia*, in *Biolaw Journal*, 2020, n. 1, pp. 27 ss.

preminenza che deve essere data alla proposta di intraprendere un percorso di cure palliative) che andremo a analizzare.

È ampiamente noto che la Corte costituzionale abbia definito, nella sentenza n. 242/2019 (e, per alcuni aspetti specifici, nella sentenza n. 135/2024, nonché, più di recente, nella sentenza n. 66/2025), quali siano le quattro condizioni in presenza delle quali la repressione penale dell'aiuto al suicidio, di cui all'art. 580 c.p., entra in conflitto con i principi costituzionali e, specularmente, la persona ammalata possa chiedere di accedere al suicidio assistito, senza che chi fornisce l'ausilio debba rispondere della propria condotta.

Queste condizioni implicano: a) che la persona richiedente sia affetta da una patologia irreversibile; b) che la suddetta patologia sia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che la persona richiedente trova assolutamente intollerabili; c) che la persona sia tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale; d) che, nonostante ciò, questa resti capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

Come già detto, la scelta del legislatore regionale toscano è stata quella di limitarsi a un rinvio "in bianco" ai contenuti delle sentenze, senza esplicitare, né riportare, la suddette condizioni. Può essere utile, quindi, ai fini di una ricostruzione della loro portata concreta, integrare il dato giurisprudenziale attraverso il rimando al parere emesso dal Comitato Regionale di Bioetica della Toscana il 14 febbraio 2020, proprio al fine di vagliare le modalità con cui il sistema sanitario regionale era chiamato a dare esecuzione alle prescrizioni della Corte costituzionale e che, ancora oggi, costituisce un punto di riferimento per meglio orientare i contenuti della legge regionale (assieme alla Linee Guida aggiornate al 2024 in materia di suicidio medicalmente assistito)⁴⁴.

La condizione a) non sarebbe particolarmente problematica, quantomeno da un punto di vista giuridico, perché in sostanza rimessa all'avanzamento della scienza medica, cui spetta la valutazione sul carattere reversibile o meno di una certa patologia, rilevando, nel nostro caso, le modalità di accertamento e di certificazione, rispetto alle quali sarebbe sufficiente la semplice iscrizione nella cartella clinica del paziente.

La condizione b), anch'essa legata ad una valutazione medica, è maggiormente calibrata sulla "soggettività" del paziente, piuttosto che sulla "oggettiva" valutazione della sofferenza. Anche lo stato di "sofferenza intollerabile" può essere certificato dal medico curante. Ma su di questo potranno incidere sia fattori puramente "soggettivi", come il livello di tolleranza del dolore del paziente, sia più ampiamente "individuali", legati, ad esempio alla disponibilità di un'appropriata offerta di cure palliative e ad un adeguato supporto psicologico, secondo quanto previsto all'art. 1, comma 5, l. n. 219/2017.

La condizione c) è quella che ha subito maggiori evoluzioni negli anni successivi alla sentenza n. 242/2019, anche per le declinazioni che ne ha in primo luogo dato la giurispru-

⁴⁴ Per questi due documenti si rimanda ai collegamenti alle note 13 e 15.

denza dei giudici ordinari⁴⁵. La ragione di ciò va ricercata nella sua scarsa determinatezza, ma anche nei rischi di potenziale discriminazione per quei pazienti egualmente colpiti da patologie irreversibili che determinano sofferenze intollerabili, ma che non necessitano di “trattamenti di sostegno vitale” per la loro sopravvivenza (si pensi, ad esempio, ad alcune patologie oncologiche).

Il parere del CRB del 2020 tenta di ricavarne con maggior precisione la portata dal coordinamento con il “diritto di rifiutare cure anche salvavita” di cui alla l. n. 219/2017, per cui la condizione in esame sarebbe riscontrabile «ogni qual volta il paziente sia dipendente da trattamenti di sostegno vitale (in atto o prescritti, continuativi o intermittenti), tali essendo quei trattamenti la cui mancata attuazione, o la cui interruzione, determini una sensibile anticipazione del momento della morte, in ragione di una patologia o di una disabilità cui i trattamenti medesimi pongono rimedio».

Significativo è il contributo che al riguardo ha dato la Corte costituzionale, dapprima con la sentenza n. 135/2024 e, più di recente, con la sentenza 20 maggio 2025, n. 66. Queste appaiono incentrate sull’esame delle possibili discriminazioni⁴⁶, nell’accesso al suicidio medicalmente assistito, per quelle persone che, pur affette da patologia irreversibile, fonte di sofferenze intollerabili, non necessitavano (o non intendevano avvalersi) di trattamenti di sostegno vitale. Entrambe le decisioni partono da una richiesta dei giudici comuni di circoscrivere la precedente giurisprudenza, che pone come condizione per l’accesso al suicidio medicalmente assistito la dipendenza da trattamenti di sostegno vitale ed entrambe si chiudono con pronunce di infondatezza, ma forniscono comunque interessanti elementi che ampliano nei fatti la portata della nozione (seguendo, in tal senso, l’orientamento che già era stato aperto dai giudici comuni).

Quanto alla prima decisione, lasciando da parte l’esito cui perviene la Corte, nel senso di non rimuovere la condizione che aveva fissato nel precedente del 2019, il Giudice delle

⁴⁵ Emblematica è la vicenda di Davide Trentini, decisa dalla Corte d’Assise di Massa, con la sentenza del 27 luglio 2020. Anticipando alcuni aspetti su cui avrà modo di tornare dopo qualche anno la Corte costituzionale, i giudici della Corte d’Assise rilevavano, in ragione delle peculiarità della patologia sofferta da Davide Trentini, la sussistenza di tutte le condizioni richieste per la non punibilità dell’aiuto al suicidio, con l’eccezione del profilo inerente la dipendenza dai trattamenti di sostegno vitale. Trentini non era stabilmente collegato ad un respiratore automatico o ad altri macchinari funzionali al suo mantenimento in vita, tuttavia, era sottoposto costantemente a pratiche di natura “farmacologica” o “meccanica”, la cui interruzione avrebbe determinato, entro un certo termine, la morte del paziente. La Corte ha così ritenuto che per “trattamento di sostegno vitale” non debba essere inteso necessariamente il mantenimento in vita mediante macchinari, ma tutti quei trattamenti che se interrotti innescano un processo che conduce come esito finale alla morte del paziente. Sugli aspetti giurisprudenziali della nozione di “trattamento di sostegno vitale” v. A. MASSARO, *La dipendenza da trattamenti di sostegno vitale nelle procedure di suicidio medicalmente assistito: ridefinizione o interpretatio abrogans? Note a margine della sentenza di assoluzione di Marco Cappato e Mina Welby nel caso Trentini*, in *Giurisprudenza penale web*, 2020, n. 9, pp. 1 ss.; A.R. VITALE, *La morte assistita e i trattamenti di sostegno vitale come problemi biogiuridici tra il nominalismo della Corte costituzionale e l’ontologia della realtà (giuridica)*, in *Consulta online*, 2024, n. 3, pp. 1075 ss. Più specificamente sul Caso Trentini v. F. LAZZERI, *L’aiuto al suicidio nel caso Trentini e la nozione di “trattamenti di sostegno vitale”*, in *Sistema penale*, 2020.

⁴⁶ Aspetto evidenziato da F. VIVALDELLI, «*Questa Corte intende qui integralmente confermare*». *Note a margine di Corte costituzionale n. 135/2024 in tema di trattamenti di sostegno vitale e aiuto al suicidio*, in *Corti supreme e salute*, 2024, n. 3, pp. 912 ss.

leggi ha precisato che «il paziente ha il diritto fondamentale di rifiutare ogni trattamento sanitario praticato sul proprio corpo, indipendentemente dal suo grado di complessità tecnica e di invasività. Incluse, dunque, quelle procedure che sono normalmente compiute da personale sanitario, e la cui esecuzione richiede certo particolari competenze oggetto di specifica formazione professionale, ma che potrebbero apprese da familiari o “caregivers” che si facciano carico dell’assistenza del paziente», in tal senso, questi trattamenti non andrebbero limitati alle sole alimentazione e idratazione artificiale, ma comprendono tutte quelle pratiche che «si rivelino in concreto necessarie ad assicurare l’espletamento di funzioni vitali del paziente, al punto che la loro omissione o interruzione determinerebbe prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo»⁴⁷.

Per di più, non vi potrebbe essere distinzione «tra la situazione del paziente già sottoposto a trattamenti di sostegno vitale, di cui può pretendere l’interruzione, e quella del paziente che, per sopravvivere, necessita, in base a valutazione medica, dell’attivazione di simili trattamenti, che però può rifiutare: nell’uno e nell’altro caso, la Costituzione e, in ossequio ad essa, la legge ordinaria [...] riconoscono al malato il diritto di scegliere di congedarsi dalla vita con effetti vincolanti nei confronti dei terzi»⁴⁸. In questo modo, la sussistenza della condizione è estesa da un accertamento “attuale” ad uno “prognostico” e futuro, che richiede una valutazione più complessa da parte del personale sanitario coinvolto, al fine di rimuovere una potenziale illogicità dell’accesso alla procedura. Ciò non toglie che tale affermazione possa sollevare una serie di dubbi di ordine concreto, ad esempio, sui tempi entro cui questi trattamenti potranno essere attivati, ovvero se ciò possa avvenire, in prospettiva, anche a distanza di anni, di mesi o di settimane.

Proprio quest’ultimo aspetto ha aperto la strada alla recentissima sentenza n. 66/2025⁴⁹, in cui la Corte si sofferma su un distinto profilo, sempre inerente alle possibili discriminazioni legate alla subordinazione dell’accesso al suicidio assistito alla sottoposizione a un trattamento di sostegno vitale. Nel caso di specie i Giudici della Consulta erano chiamati a vagliare il loro consolidato orientamento dal GIP presso il Tribunale di Milano, il quale sosteneva che la subordinazione della non punibilità dell’aiuto al suicidio alla condizione che il paziente fosse tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale fosse discriminatoria rispetto a quanti, in linea con quanto previsto dalla l. n. 219/2017, ritenessero di rifiutare questi trattamenti – che secondo parere medico erano necessari al mantenimento in vita –

⁴⁷ Corte cost., 18 luglio 2024, n. 135, par. 8 Cons. diritto. Questa interpretazione fornita dalla Corte estende la portata della nozione di “trattamento di sostegno vitale” rispetto a quanto affermato dalla più risalente giurisprudenza comune, ma si pone nel solco della giurisprudenza più recente. Cfr. L. TOMBELLI, *Fine vita: punti fermi e nuovi bilanciamenti tra etica, diritti e tutela penale*, in *Questione giustizia online*, 20 marzo 2025, p. 13.

⁴⁸ Corte cost., 18 luglio 2024, n. 135, par. 7.2. Cons. diritto.

⁴⁹ Su tale recente decisione si veda A.R. VITALE, *La perimetrazione costituzionale della disciplina della morte assistita alla luce della sentenza n. 66 del 2025 come problema biogiuridico*, in *Consulta online*, 2025, n. 2, pp. 761 ss., il quale valuta positivamente l’azione di perimetrazione svolta dalla Corte costituzionale nella definizione delle condizioni per l’accesso al suicidio assistito, in particolare avendo come punto di riferimento la tutela dei soggetti vulnerabili.

in quanto futili, inutili o costituenti “forme di accanimento terapeutico”. La conseguenza irrazionale sarebbe stata sempre quella di “imporre” l'accettazione di determinati trattamenti all'unico fine di integrare tutte le condizioni per l'accesso al suicidio assistito, contrastando ciò con il suo diritto all'autodeterminazione sulle cure.

La questione, formulata nei termini di una richiesta di “rimozione” del requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale, si preannunciava destinata a una dichiarazione di infondatezza. Così la Corte ha ribadito l'integrale conferma di quanto già sostenuto nella sentenza del 2024, in particolare rilevando che, già alla luce di quella decisione, ove vi fosse l'indicazione medica della necessità di un trattamento di sostegno vitale, il paziente non sarebbe tenuto ad accettarlo al solo fine della richiesta di suicidio assistito. Diverso sarebbe il caso in cui una tale indicazione medica manchi, ipotesi in cui il diverso trattamento rispetto a chi già è sottoposto a trattamento di sostegno vitale non appare irragionevole⁵⁰. In altri termini, è ribadito che, ai fini della integrazione della condizione fissata dalla sentenza n. 242/2019, è necessario: 1) che il soggetto richiedente sia tenuto in vita da trattamento di sostegno vitale o, in alternativa, 2) che vi sia l'indicazione medica della necessità di attivare tale trattamento, ancorché questo non sia ancora stato avviato.

Alla mancanza di una definizione univoca di trattamento di sostegno vitale, oltre che per via giurisprudenziale, si è cercato di sopperire mediante l'approvazione di apposite Linee guida. Quelle adottate dalle ASL della Regione Toscana per il 2024, però, riscontrano sul punto la mancanza di una nozione scientifica univocamente condivisa, come emergerebbe anche dal parere del Comitato nazionale per la Bioetica del 20 giugno 2024⁵¹. Per cui si limitano a rilevare che, secondo le decisioni della Corte, l'interpretazione della nozione resta a carico del Servizio Sanitario Nazionale e del singolo giudice, nel rispetto della *ratio* della giurisprudenza pertinente.

L'ultima condizione (che si è identificata con la lettera d) consiste nella capacità del paziente di prendere decisioni libere e consapevoli. La comprensione non deve limitarsi alla consapevolezza delle proprie condizioni di salute e della prognosi infausta, ma estendersi alle implicazioni della scelta di ricorrere al suicidio medicalmente assistito e alla esistenza di alternative comunque in grado di attenuare o limitare la sofferenza, senza ricorrere al suicidio assistito (si pensi, ad esempio, alle cure palliative o alla sedazione profonda continua). Vi deve, inoltre, essere coerenza tra la volontà manifestata dal paziente e la consapevolezza delle proprie condizioni di salute e delle conseguenze della propria scelta, so-

⁵⁰ Corte cost., 20 maggio 2025, n. 66, par. 6.1 e 6.2. Cons. diritto, ove la Corte rileva che «in assenza di un trattamento di sostegno vitale in atto, o almeno di un'indicazione medica relativa alla necessità di attivare un simile trattamento, il paziente non si trova ancora nella condizione di poter optare per la propria morte sulla base della legge n. 219 del 2017, rifiutando (rispettivamente) la prosecuzione o la stessa attivazione di un tale trattamento». La diversa considerazione del giudice *a quo* dipenderebbe da un erroneo presupposto di fatto «non essendo affatto necessario – ai fini dell'accesso al suicidio assistito – che il paziente inizi il trattamento di sostegno vitale giudicato necessario dal medico, per poi chiedere di interromperlo».

⁵¹ Parere del 20 giugno 2024 in “Risposta al quesito del CET Umbria sui trattamenti di sostegno vitale”.

prattutto attraverso la fornitura di un'adeguata informazione che riguardi tanto lo stato di salute e la prognosi, quanto le pratiche di assistenza al suicidio e le possibili alternative⁵². Passando al secondo ambito, quello relativo ai profili organizzativi dell'accesso alle procedure di suicidio medicalmente assistito, le Regioni conserverebbero, come detto, un certo, seppur limitato, margine di manovra. È sempre dalla sentenza n. 242/2019 che occorre partire per vedere in che modo la discrezionalità del legislatore regionale deve essere circoscritta⁵³.

La Corte osserva che una dichiarazione di incostituzionalità radicale della fattispecie incriminatrice dell'aiuto al suicidio avrebbe lasciato sprovvista di tutela l'esigenza di protezione della vita dei soggetti in condizioni di vulnerabilità⁵⁴, da ciò l'esigenza non solo di subordinare la definizione del perimetro della non punibilità alla sussistenza di determinate condizioni, ma anche quella di definire le modalità attraverso cui accertare l'effettiva sussistenza delle stesse.

Il "punto di riferimento" sarebbe costituito dalle procedure fissate dagli artt. 1 e 2 della l. n. 219/2017, utilizzabili, nell'attesa dell'intervento del legislatore, anche nell'ambito in esame. Questo perché la dichiarazione di incostituzionalità riguarderebbe le situazioni di coloro i quali già potrebbero lasciarsi morire rifiutando i trattamenti di cui all'art. 1, comma 5, l. n. 219/2017, ma ritengono che le suddette modalità non risultino conformi alla propria percezione della dignità⁵⁵. Anche il rifiuto dei trattamenti, però, presuppone una procedu-

⁵² Il profilo della "consapevolezza" è strettamente connesso a quello dell'autodeterminazione e anche su tale passaggio la Corte costituzionale, con la sentenza n. 66/2025, ha avuto modo di precisare quelli che sono i "confini" dell'autodeterminazione in uno Stato sociale di diritto. Essa andrebbe sempre letta in connessione con l'esigenza, altrettanto fondamentale, di protezione dei soggetti in condizione di vulnerabilità. Proprio per l'assenza di una legislazione espressa che regoli la materia, le condizioni fissate dalla giurisprudenza costituzionale «sono funzionali a creare una "cintura di protezione" per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio assistito "subiscano interferenze di ogni genere". Il rispetto dell'autodeterminazione andrebbe sempre bilanciato con la tutela della vita umana e, da questo punto di vista, non potrebbe prescindere dal valutare il modo in cui le situazioni reali in cui versa la persona possono incidere sulla sua consapevolezza e sulla sua volontà. In altri termini, «se l'autodeterminazione [...] è costretta o comunque condizionata dalle circostanze, allora non è più tale».

⁵³ I passaggi qui richiamati sono tratti dalla sentenza Corte cost., 22 novembre 2019, n. 242, par. 5 Cons. diritto.

⁵⁴ Come osserva P. SCARLATTI, *Considerazioni in tema di protezione della vulnerabilità e giustizia costituzionale*, in *Diritti fondamentali*, 2025, n. 1, pp. 121 ss., «il ricorso all'argomento della vulnerabilità da parte della giurisprudenza della Corte costituzionale degli ultimi anni appare in effetti [...] un indice ormai ineludibile per una comprensione reale ed esaustiva della protezione effettivamente assicurata alle persone che versano in questa particolare condizione di fragilità e svantaggio» e ciononostante si tratta di un concetto che sconta un inevitabile grado di indeterminatezza dal punto di vista giuridico.

⁵⁵ Il concetto di dignità assume un peso determinante nella sentenza del 2019. È proprio il richiamo ad essa a fornire il primo argomento per cui non sarebbe possibile distinguere il caso di chi intende rifiutare i trattamenti ai sensi della legge n. 219/2017 da quello di chi, pur versando nelle medesime condizioni, non ritenesse la morte così sopraggiunta conforme alla propria concezione di dignità. Si tratta, però, di un concetto che può assumere diverse declinazioni, oscillando tra una visione di tipo "oggettivo" (che la Corte ha ritenuto di prediligere in altre decisioni, ad esempio nella sentenza 7 giugno 2019, n. 141, in tema di prostituzione) ed una di tipo "soggettivo", temperata dalle esigenze di tutela dei soggetti vulnerabili (propria delle decisioni in tema di fine vita). Al riguardo, vedi L. VIOLINI, *La dignità umana, inesauribile fonte di suggestioni per il costituzionalismo*, in *Biolaw Journal*, 2019, Special issues n. 2, pp. 83 ss. Con specifico riferimento al collegamento tra fine vita e dignità G. ARCONZO, *Il diritto a una morte dignitosa tra legislatore e Corte costituzionale*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, 2023, n. 1, pp. 60 ss.

ra medicalizzata, che potrebbe essere applicata al distinto caso dell'aiuto al suicidio, ma – come recentemente ribadito dalla Corte costituzionale con la sentenza 25 luglio 2025, n. 132 – non fino al punto da ricomprendere l'ipotesi dell'omicidio del consenziente⁵⁶.

La procedura medicalizzata cui fa riferimento la Corte, seppur con le opportune integrazioni, è quella regolata dalla l. n. 219/2017 ed è idonea a soddisfare buona parte delle esigenze di disciplina. Ad opinione di chi scrive, se si tratta di una disciplina immediatamente applicativa⁵⁷, a maggior ragione fornisce alle Regioni principi sufficientemente determinati, nella misura in cui queste intendessero semplicemente regolamentare le modalità organizzative delle procedure per il suicidio medicalmente assistito⁵⁸.

In primo luogo, secondo la Corte, si pone la necessità di accertare la sussistenza delle condizioni per richiedere il suicidio medicalmente assistito. Seguendo la procedura fissata dall'art. 1, comma 5, della legge n. 219 del 2017, solo la persona pienamente capace d'agire ha il diritto di ottenere l'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale. La manifestazione di volontà deve essere acquisita nel rispetto delle prescrizioni del comma 4, ossia «nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente» e documentata «in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare», per poi essere inserita nella cartella clinica. Il carattere “definitivo” degli esiti della procedura implicano che il richiedente conservi il pieno dominio sulla propria decisione, potendo in qualsiasi momento modificare la scelta, anche fino a un attimo prima della somministrazione letale.

⁵⁶ La vicenda processuale da cui la questione ha avuto origine riguardava il caso di una persona affetta da sclerosi multipla, priva dell'uso degli arti a causa del grado raggiunto dalla malattia, che lamentava davanti al Tribunale di Firenze le concrete difficoltà a reperire sul mercato la strumentazione necessaria a procedere alla auto-somministrazione del farmaco letale. Il giudice *a quo* ha così sollevato questione di legittimità dell'art. 579 c.p. nella parte in cui punisce l'omicidio del consenziente anche nell'ipotesi in cui l'intervento del terzo sia determinato dal fine di dare attuazione alla volontà del malato il quale, pur sussistendo in concreto le condizioni per il suicidio assistito fissate dalla giurisprudenza costituzionale, non potrebbe ricorrervi in autonomia per impossibilità fisica e per l'impossibilità di reperire la strumentazione idonea. In questo modo si verrebbe a determinare un'irragionevole disparità di trattamento rispetto ai pazienti che abbiano conservato le facoltà fisiche indispensabili per poter procedere alla auto-somministrazione. La Corte dichiara inammissibile la questione il quanto il giudice *a quo* non avrebbe adeguatamente motivato il profilo della difficoltà di reperimento della strumentazione per la somministrazione, ma si sarebbe limitato a richiamare una interlocuzione con l'azienda sanitaria locale e la ricerca di mercato da questa compiuta, mentre sarebbe stato necessario il coinvolgimento delle “strutture centrali”, quali l'Istituto superiore di sanità, in quanto organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale dotato della necessaria autorevolezza, in grado di verificare se detti dispositivi potevano essere reperiti in termini ragionevoli. La Corte nega che tra suicidio assistito e omicidio del consenziente possa instaurarsi un rapporto di “continuità”, dove, in difetto delle condizioni materiali per l'accesso alla prima, possa porsi rimedio aprendo alla liceità del secondo. Sulla vicenda M. Di FEO, *Una questione di legittimità costituzionale sull'ammissibilità dell'eutanasia ope iudicis*, in *Consulta online*, 2025, n. 2, pp. 1010 ss.

⁵⁷ Come condivisibilmente sostenuto da P.F. BRESCIANI, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita*, cit., p. 242.

⁵⁸ Secondo G. CONTI, *Dare a Cesare quel che è di Cesare*, cit., p. 59, il trattamento di fine vita è una prestazione di solidarietà che assume i tratti indefettibili di un livello essenziale di assistenza, la cui definizione è stata fissata direttamente dalla Corte costituzionale, ciò abiliterebbe le Regioni a dettare «le norme di organizzazione e procedura necessarie affinché le risorse pubbliche in questo campo siano gestite secondo il principio di buon andamento».

Seguendo le prescrizioni dell'art. 1, comma 5, devono essere anche accertati il carattere irreversibile della patologia e la presenza delle sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili. Si tratta di aspetti che presuppongono una stretta relazione medico-paziente, con il primo che avrebbe il dovere di prospettare al secondo le conseguenze della propria decisione e le possibili alternative al suicidio, promuovendo «ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica». Tali azioni non sarebbero prospettabili in mancanza del preventivo accertamento del carattere della patologia e del grado di sofferenza, i quali andranno riportati nella cartella clinica del paziente. La necessità di garantire la tutela della vita si esprime attraverso la fissazione di una precondizione necessaria rispetto all'accesso alle procedure di suicidio medicalmente assistito. Prima di queste, al paziente deve essere sempre garantita un'appropriate terapia del dolore e l'erogazione delle cure palliative previste dalla l. 15 marzo 2010, n. 38. Così come avviene per il rifiuto dei trattamenti, anche nell'ipotesi del suicidio assistito tale forma di sostegno potrebbe eliminare o ridurre le sofferenze fisiche o psicologiche, rimuovendo la causa principale che induce il paziente a scegliere un percorso di suicidio assistito. Si tratta di un profilo di fondamentale importanza, che il legislatore non potrebbe in nessun caso trascurare⁵⁹, pena il fraintendimento dei limiti che la Corte costituzionale ha inteso ricavare dal disposto della l. n. 219/2017⁶⁰. Non è casuale che, tanto le Linee guida della Toscana quanto il parere del Comitato Nazionale di Bioetica, adottato il 14 dicembre 2023⁶¹, sottolineino la «necessità di perseguire strategie per il rafforzamento e la valorizzazione delle reti e dei servizi di Cure Palliative, anche in un contesto di risorse scarse». La garanzia dell'accesso alle cure palliative, nonché l'organizzazione di un servizio adeguato in tal senso, costituiscono pertanto un «principio fondamentale della materia» cui il

⁵⁹ Neppure il legislatore regionale potrebbe trascurare questo profilo, visto il ruolo di primo piano che la stessa l. n. 38/2010 riconosce alle Regioni nell'erogazione delle cure palliative. Questo è uno dei profili su cui maggiormente hanno insistito i commentatori più critici della possibilità di regolare con legge regionale le modalità procedurali del suicidio medicalmente assistito, rilevando che – secondo il loro giudizio – le Regioni avrebbero “forzato” nella direzione dell'adozione di una legislazione specifica sulle procedure di suicidio medicalmente assistito, ma sarebbero rimaste inadempienti dal punto di vista dell'implementazione e del potenziamento di un adeguato servizio di cure palliative. Cfr. G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio*, cit., pp. 81 ss.

⁶⁰ L'importanza di tale condizione è ancora una volta ribadita dalla Corte costituzionale che, anche con la sentenza n. 66/2025, ha ricordato i rischi di una prematura rinuncia da parte delle strutture sanitarie a fornire ai pazienti l'accesso ad un percorso di cure palliative. In questo senso ha ammonito il legislatore sulla necessità di potenziare l'accesso alle suddette cure, anche in funzione di prevenire un ricorso improprio (e non adeguatamente meditato) al suicidio assistito. Ciò deriva da una precisa constatazione della Corte per cui in Italia: «a) non è garantito un accesso universale ed equo alle cure palliative nei vari contesti sanitari, sia domiciliari che ospedalieri; b) vi sono spesso lunghe liste di attesa (intollerabili in relazione a chi versa in situazioni di grave sofferenza); c) si sconta una mancanza di personale adeguatamente formato e una distribuzione territoriale dell'offerta troppo divaricata [...]; d) la stessa effettiva presa in carico da parte del servizio sociosanitario, per queste persone, è a volte insufficiente».

⁶¹ Parere del Comitato Nazionale di Bioetica, 14 dicembre 2023, “*Cure palliative*”. A tale riguardo si veda A. CANDIDO, *Fine vita, cure palliative, dignità: tra equilibri istituzionali (da ricercare) e conflitti di competenza (da risolvere)*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2025, n. 2, pp. 396 ss.

legislatore regionale dovrebbe attenersi nell'esercizio della propria competenza legislativa concorrente.

L'importanza di questo profilo è centrale e richiede un ulteriore approfondimento, soprattutto in ragione delle recenti indicazioni che emergono dai disegni di legge in discussione davanti alle Camere ove, tra gli altri presupposti per accedere al suicidio assistito, è previsto quello relativo all'inserimento del richiedente in un percorso di cure palliative. La perseguibilità di tale soluzione deve essere vagliata sia alla luce dell'interpretazione del testo della sentenza n. 242/2019, sia attraverso il confronto con il più ampio principio di autodeterminazione in materia di cure sancito dal combinato tra l'art. 32, comma 2, Cost. e la l. n. 219/2017.

La Corte costituzionale, nel definire le condizioni essenziali per l'accesso al suicidio assistito, si limita a parlare di "coinvolgimento" del richiedente in un percorso di cure palliative, termine al quale deve essere assegnato un valore prescrittivo sicuramente meno cogente rispetto all'"inserimento" di cui il disegno di legge parla. Il "coinvolgimento" può indicare anche la mera prospettazione della possibilità di intraprendere un percorso di cure palliative, requisito che può ritenersi soddisfatto anche quando, di fronte a questa alternativa, il richiedente abbia deciso di declinarla.

In altri termini, la soluzione della "adeguata e chiara informazione", fatta propria dalla legge toscana, meglio si concilia con il senso della sentenza del 2019 e con il suo inquadramento ordinamentale.

Infatti, per quanto siano state avanzate critiche a tale soluzione, queste sembrano contrastare con un assunto ormai ampiamente radicato in tema di libertà delle cure, soprattutto dopo l'adozione della l. n. 219/2017. Il significato da attribuire al "coinvolgimento" di cui parla la Corte non potrà mai essere letto in contrasto con il principio di autodeterminazione e con gli stretti vincoli cui l'art. 32 Cost. subordina la legittimità dei trattamenti sanitari obbligatori. Poco cambia che in tal caso l'inserimento in un percorso di cure palliative risulti necessario quale condizione per proporre di una richiesta di suicidio assistito, si tratta pur sempre di una forma di imposizione di un trattamento (non autonomamente voluto) in deroga alle condizioni sancite dall'art. 32 Cost. Se, quindi, la scelta della persona sofferente di accedere al suicidio assistito rappresenta la massima espressione dell'autodeterminazione, analogamente a quanto avviene per chi – avendone la facoltà – può pervenire agli stessi esiti interrompendo le cure, sarebbe contraddittorio subordinare questa scelta all'accettazione di un trattamento che di quell'autodeterminazione è una concreta negazione.

Non si tratta, in conclusione, di voler negare l'importanza delle cure palliative nella definizione della legittimità delle richieste di accesso al suicidio assistito, perché queste potrebbero fornire valide soluzioni alternative al proposito di porre fine alla propria esistenza, ma di valorizzare l'autodeterminazione del paziente, il quale, ove sia pienamente in grado di intendere e di manifestare la propria volontà, non può essere trattato alla stregua di un soggetto in condizioni di "minorità", rispettando la scelta di non accettare un piano di cure palliative prospettato, senza che da questo rifiuto possano derivare conseguenze "ritorsive" sulla legittimità delle sue scelte di fine vita.

Per di più, si tratta di un profilo che presenta strette analogie con quello che, come visto, la Corte ha già affrontato, nella sentenza n. 135/2024, circa la sussistenza della condizione dei trattamenti di sostegno vitale e che ha risolto nel senso che sarebbe «paradossale che il paziente debba accettare di sottoporsi a trattamenti di sostegno vitale solo per interromperli quanto prima, essendo la sua volontà quella di accedere al suicidio assistito». Per questo motivo, se non può essere distinta la posizione di chi è sottoposto a trattamenti di sostegno vitale da quella di chi, pur avendone la necessità secondo una valutazione medica, ancora non vi sia sottoposto, potendo nel primo caso interromperli e nel secondo rifiutarli, così non vi potrebbe essere differenza tra colui che, adeguatamente informato, abbia inteso rifiutare un percorso di cure palliative e colui che lo abbia accettato (magari al solo fine di ottenere il suicidio assistito).

Ulteriore principio sarebbe quello concernente la riserva in capo ad un soggetto pubblico sia della verifica delle condizioni che rendono legittimo l'accesso al suicidio assistito, sia delle modalità di esecuzione, in modo da «evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze». In attesa dell'intervento del legislatore (la Corte, almeno in questo passaggio, non specifica se debba essere necessariamente quello statale o possa essere anche quello regionale) sarebbero allo scopo individuate le strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Si tratta di un'affermazione che, alla luce dei recenti disegni di legge in discussione davanti alle Camere (improntati al «disimpegno» del Servizio sanitario nazionale dall'assistenza nel suicidio), assume particolare rilievo e non è casuale che la Corte, con la sentenza n. 132/2025, lo abbia ribadito in termini molto chiari. La persona che versa nelle condizioni stabilite dalla sentenza del 2019, infatti, sarebbe titolare di una situazione soggettiva tutelata, che assume rilievo in quanto «conseguenziale proiezione della sua libertà di autodeterminazione». Questa situazione soggettiva si sostanzia nel «diritto di essere accompagnata dal Servizio sanitario nazionale nella procedura di suicidio medicalmente assistito, diritto che, secondo i principi che regolano il servizio, include il reperimento dei dispositivi idonei, laddove esistenti, e l'ausilio nel relativo impiego». In questo senso, il Servizio sanitario nazionale non potrebbe abdicare al proprio «doveroso ruolo di garanzia che è, innanzitutto, presidio delle persone più fragili»⁶², anche attraverso l'assistenza necessaria a procurarsi e utilizzare i dispositivi pocanzi menzionati.

Questa recente affermazione della Corte costituzionale consente di superare il dibattito aperto dalla sentenza n. 242/2019 circa il «grado» di coinvolgimento del Servizio sanitario nazionale nelle procedure di suicidio assistito, vale a dire se questo dovesse limitarsi ad un ruolo di mera verifica della sussistenza delle condizioni di accesso alla procedura, ovvero assistere il richiedente anche nella fase di esecuzione. La sentenza n. 132/2025, pur senza voler ignorare quelle voci critiche avanzate in dottrina, soprattutto in ordine alla necessi-

⁶² Corte cost., 25 giugno 2025, n. 132, par. 4.2. Cons. diritto.

tà di regolare gli aspetti relativi all'obiezione del personale sanitario, propende in modo chiaro nel secondo senso.

Tornando alla sentenza n. 242/2019, la Corte sottolinea la necessità che nel processo di valutazione delle condizioni siano coinvolti organi collegiali terzi, muniti delle adeguate competenze a valutare i problemi di natura etica che possono sorgere nell'ambito sanitario. Tale coinvolgimento è giustificato dalla particolare delicatezza delle conseguenze legate alla manifestazione di volontà di accedere al suicidio medicalmente assistito, nonché dall'esigenza di tutelare le persone che si trovino in un particolare stato di vulnerabilità. Anche in questo caso, in attesa che il legislatore possa, di sua iniziativa, predisporre adeguati organi in tal senso, il compito potrebbe essere affidato ai già esistenti Comitati etici competenti per territorio (regolati dell'art. 12, comma 10, del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, congiuntamente ai più recenti decreti del Ministero della salute 26 gennaio 2023 e 30 gennaio 2023)⁶³.

La quantità e la qualità delle prescrizioni procedurali che la Corte fornisce, in parte ricalcando le procedure già disciplinate dalla l. n. 219/2017 per il rifiuto delle cure, parrebbe deporre nel senso che il fine perseguito dal Giudice delle leggi non fosse quello, considerato in senso restrittivo, di stabilire una limitata area di non punibilità per l'aiuto al suicidio, ma anche quello di valorizzare la dimensione individuale della scelta del paziente che, pur volendo congedarsi dalla vita, non potrebbe farlo nel modo che reputa dignitoso perché oggettivamente impossibilitato dalle sue condizioni a pervenire alla morte, senza intollerabili sofferenze, mediante l'accesso alla già disciplinata facoltà di rifiutare la prosecuzione delle cure e dei trattamenti di sostegno vitale. E, in un certo senso, questa lettura pare confermata dai richiamati passaggi della sentenza n. 132/2025⁶⁴, ove la Corte – per la prima volta – sembra accennare ad un'esplicita qualificazione della situazione soggettiva di cui è titolare la persona che versa nelle condizioni per l'accesso al suicidio assistito nei termini di un "diritto", proprio perché costituente la consequenziale proiezione della libertà di autodeterminazione.

⁶³ Su tali organi v. R. SIGNORELLA, *I Comitati etici nel sistema sanitario nazionale a due anni dalle riforme: spunti di riflessione*, in *Corti supreme e Salute*, 2025 n. 1, pp. 133 ss.

⁶⁴ Sul punto specifico vedi anche P. BECCHI, *Un commento alla sentenza n. 132 del 2025 della Corte costituzionale nel giudizio di legittimità dell'art. 579 del Codice penale e una proposta alternativa*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2025, n. 3, p. 31

5. L'istanza al Collegio regionale di garanzia statutaria presentata dalla minoranza consiliare avverso la delibera dell'11 febbraio 2025: un vaglio di costituzionalità "travestito" da controllo di compatibilità statutaria?

L'illustrazione delle prescrizioni sostanziali della sentenza n. 242/2019 costituisce un passaggio imprescindibile nell'indagine sulla legittimità di un intervento legislativo regionale che intenda disciplinare l'organizzazione delle procedure per l'accesso al suicidio medicalmente assistito.

Chiarito questo aspetto, che funge da premessa all'esame dei contenuti della legge della Regione Toscana, è possibile tentare un approccio alle complesse vicende che ne hanno caratterizzato l'iter di approvazione⁶⁵, anche in virtù di un intenso dibattito politico che ha spinto le minoranze interne al Consiglio regionale a presentare istanza al Collegio regionale di garanzia statutaria, sollecitando un vaglio sulla compatibilità della delibera legislativa con le disposizioni dello Statuto.

L'intervento dell'organo di garanzia statutaria della Regione è sicuramente peculiare, vista la scarsa frequenza con cui negli anni passati i soggetti a ciò abilitati avevano ritenuto di adire il Collegio per un controllo sulla compatibilità statutaria delle leggi approvate dal Consiglio. Anzi, le vicende della legge in tema di fine vita sembrano aver dato nuovo impulso all'utilizzo del controllo di compatibilità statutaria in Toscana. Per tale ragione si ritiene opportuno scindere la trattazione delle vicende inerenti l'istanza e la successiva Deliberazione del Collegio, soffermando l'attenzione, in una prima parte, sulle problematiche relative alla formulazione di un'istanza che non si traducesse in un surrettizio vaglio di costituzionalità e, quindi, sull'aspetto concernente l'ammissibilità stessa del controllo e, in una seconda, sui profili di merito che il Collegio toscano ha ritenuto comunque di affrontare.

Il controllo di compatibilità statutaria è uno strumento previsto dal combinato dell'art. 57 dello Statuto Toscana con la legge regionale 4 giugno 2008, n. 34⁶⁶. Questo istituto prevede

⁶⁵ La delibera legislativa, si ricorda, è dell'11 febbraio 2025, mentre, a fronte dell'istanza al Collegio del 14 febbraio 2025, la legge è stata promulgata soltanto il successivo 14 marzo. Cfr. A. SCALERA, *La legge della Regione Toscana sul fine-vita. Note a prima lettura*, in *Giustizia insieme*, 11 marzo 2025, § 1.

⁶⁶ Per un ulteriore approfondimento sull'organo e sulle sue funzioni si rimanda a R. ROMBOLI, *La natura ed il ruolo degli organi di garanzia statutaria alla luce delle leggi regionali di attuazione degli statuti e della giurisprudenza costituzionale*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2010; R. ROMBOLI, *Commento all'art. 57*, in P. CARETTI, M. CARLI, E. ROSSI (a cura di), *Statuto della Regione Toscana. Commentario*, Torino, Giappichelli, 2005, pp. 283 ss.; M.C. GRISOLIA, R. ROMBOLI, *Il Collegio di garanzia*, in P. CARROZZA, R. ROMBOLI, E. ROSSI (a cura di), *Lineamenti di Diritto costituzionale della Regione Toscana*, Torino, Giappichelli, 2015, pp. 196 ss.

che il Collegio regionale di garanzia statutaria⁶⁷ possa essere chiamato a verificare la corrispondenza di un atto normativo regionale allo Statuto dai soggetti che a ciò siano abilitati, vale a dire: il Presidente della Giunta, il Presidente del Consiglio, almeno tre presidenti di gruppi consiliari, almeno un quinto dei consiglieri regionali (ma anche il Consiglio delle autonomie locali, quando riguarda la presunta violazione delle norme statutarie in materia di enti locali). L'istanza deve essere indirizzata al Presidente del Collegio di garanzia (il quale, ai sensi dell'art. 4 della legge regionale n. 34/2008, è eletto a scrutinio segreto dagli stessi membri e dura in carica per trenta mesi) entro cinque giorni dall'approvazione della delibera (legislativa o regolamentare), secondo il disposto dell'art. 7, comma 2, della legge regionale n. 34/2008.

Per quanto concerne l'effetto immediato dell'istanza sulla delibera legislativa, essa determina la sospensione della trasmissione al Presidente della Giunta ai fini della promulgazione. La sospensione permane per tutta la durata dell'esame dell'istanza che deve concludersi entro il termine di trenta giorni dal ricevimento. Ciò, nel caso in commento, ha determinato uno slittamento dei tempi del perfezionamento dell'iter legislativo, pervenendosi alla promulgazione solo il 14 marzo 2025.

Nonostante si tratti di due forme di controllo concettualmente molto diverse e dagli effetti assolutamente incomparabili, non può non rilevarsi una forte connessione che esiste tra sindacato di costituzionalità e di compatibilità statutaria. Anzi, l'analisi che si impone dovrebbe servire proprio a sgombrare il campo da possibili dubbi sul fatto che il controllo del Collegio possa tramutarsi in una mera verifica del rispetto del riparto di competenze legislative da parte della Regione. Si tratta di un profilo che investe immediatamente l'ammissibilità dell'istanza e, quindi, la concreta possibilità che il Collegio possa fornire una risposta nel merito alle questioni sottoposte dai soggetti ricorrenti.

Per tale ragione il controllo che esso è chiamato ad assolvere non potrebbe impropriamente sovrapporsi a quello che, di regola, è chiamata a svolgere la Corte costituzionale in un giudizio in via principale. Detto in altri termini, il Collegio di garanzia non valuta se l'esercizio del potere legislativo regionale si sia svolto correttamente rispetto al riparto di competenze di cui all'art. 117 Cost., ma solo se la delibera sia conforme allo Statuto e ai principi in esso affermati. I margini per far emergere i profili di competenza, davanti al Collegio, sono pertanto estremamente ridotti e andrebbero sempre motivati in connessione alla violazione di una specifica norma statutaria. Solo queste, infatti, costituiscono il parametro di riferimento del controllo, anche per evitare di dar vita ad una indebita du-

⁶⁷ Il Collegio regionale di garanzia statutaria è composto da sette membri, ai quali l'art. 57 Statuto Toscana richiede, quale unico requisito, l'alta e riconosciuta competenza nel campo del diritto pubblico. Esso dura in carica cinque anni e i suoi componenti non sono immediatamente rieleggibili. La legge regionale n. 34/2008, all'art. 2, specifica poi che i membri possano essere scelti tra i professori universitari di materie giuridiche delle università toscane, i magistrati fuori ruolo o gli ex giudici costituzionali, gli avvocati, anche delle avvocature degli enti pubblici, che abbiano maturato almeno sette anni di esercizio della professione e gli ex dirigenti dell'amministrazione regionale o degli enti pubblici con almeno quindici anni di esercizio delle funzioni dirigenziali.

plicazione di controlli di costituzionalità, tra l'altro a carattere preventivo, con illegittima sovrapposizione alle funzioni che spettano soltanto al Giudice costituzionale⁶⁸.

Prima di tornare su tale aspetto, propedeutico al merito della questione, va chiarito anche l'effetto della pronuncia, che non può essere assimilata, in nessun caso, ad una sorta di controllo di legittimità *a priori* con effetto caducatorio. Infatti, dal combinato tra gli artt. 57, comma 3, Statuto Toscana e 8 della legge regionale n. 34/2008, si ricava che l'eventuale giudizio di non conformità comporta, a carico del Consiglio, l'esclusivo dovere di riesaminare la delibera. Dopo la decisione il Presidente del Consiglio assegna nuovamente l'atto alla Commissione consiliare competente perché lo riesamini, limitatamente alle parti oggetto del giudizio di non conformità, e ne riferisca al Consiglio entro trenta giorni. Il riesame passa poi al Consiglio il quale potrà discutere e deliberare, apportando anche emendamenti, sulle parti oggetto del giudizio di non conformità e, a conclusione, votare l'approvazione dell'intero testo. Nel caso in cui il Consiglio ritenesse di approvare la nuova delibera senza recepire le indicazioni del Collegio, non apportando modifiche al testo originario, dovrà formulare apposita motivazione, ma, salvo l'onere di comunicazione della nuova deliberazione al Collegio e al soggetto che aveva proposto l'istanza, la legge regionale potrà concludere il suo iter senza il recepimento dei rilievi di compatibilità statutaria. Occorre segnalare, sempre in via preliminare, un altro fattore in grado di incidere in modo significativo sul controllo svolto dal Collegio di garanzia statutaria. Si tratta della questione concernente l'esatta portata delle disposizioni statutarie in funzione parametrica, tenuto conto che gli articoli dello Statuto pertinenti, in merito ad una legge che tratta delle procedure di fine vita, si collocano tutti nel Titolo I e riguardano essenzialmente i "Principi generali" e le "Finalità principali" perseguite dalla Regione. A ben vedere, si tratta proprio delle medesime disposizioni che la Corte costituzionale, nella sentenza 2 dicembre 2004, n. 372⁶⁹, aveva ritenuto prive di vincolatività giuridica e connotate solo per una valenza

⁶⁸ Anche G. CONTI, *Dare a Cesare quel che è di Cesare*, cit., p. 62, osserva come la lettura dell'istanza lasci trasparire l'intento delle opposizioni consiliari di sottoporre al Collegio la verifica del rispetto del riparto costituzionale delle competenze legislative, piuttosto che quella sull'osservanza delle disposizioni statutarie. La necessità di individuare comunque un collegamento tra disposizione costituzionale e disposizione statutaria (rilevante in chiave parametrica) restituisce, però, «un modello di ricostruzione dei rapporti fra le fonti dello Stato e le fonti regionali che determina un declassamento, se così si può dire, del valore della Costituzione che, in questo schema, si applicherebbe negli ordinamenti regionali siccome richiamata dagli stessi statuti».

⁶⁹ Si tratta della nota decisione con cui la Corte costituzionale, adita dal Governo a pronunciarsi sulla legittimità costituzionale di diverse disposizioni dello Statuto della Regione Toscana (articoli 3, comma 6; 4, comma 1, lettere h), l), m), n), o), p); 32, comma 2; 54, commi 1 e 3; 63, comma 2; 64, comma 2; 70, comma 1; 75, comma 4), propone una peculiare distinzione delle disposizioni impugnate in due macro-categorie: i "principi generali" e le "norme specifiche dello Statuto". Le prime, che corrispondono in larga misura ai principi oggi richiamati dinanzi al Collegio, sarebbero prive di carattere prescrittivo e vincolante e, quindi, carenti di idoneità lesiva, ragion per cui essa si limita a dichiarare inammissibili le questioni che le riguardano. Le seconde, invece, avrebbero i caratteri propri delle norme giuridiche produttive di effetti vincolanti e la Corte, non condividendo le censure governative, decide nel senso della infondatezza sulle questioni sollevate. Su tale decisione, senza pretesa di esaustività, vi vedano A. MANGIA, *Il ritorno delle norme programmatiche*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2004, pp. 4068 ss.; F. CUOCOLO, *I nuovi statuti regionali fra Governo e Corte costituzionale*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2004, pp. 4047 ss.; E. RINALDI, *Corte costituzionale, riforme e statuti regionali: dall'inefficacia giuridica delle norme programmatiche al superamento dell'ambigua distinzione tra*

politica e culturale. Poco conta che queste disposizioni siano «materialmente inserite in un atto-fonte, [ad esse] non può essere riconosciuta alcuna efficacia giuridica, collocandosi [...] precipuamente sul piano dei convincimenti espressivi delle diverse sensibilità politiche presenti nella comunità regionale al momento dell’approvazione dello statuto»⁷⁰.

Nonostante la chiara presa di posizione del Giudice delle leggi, il Collegio regionale di garanzia statutaria della Toscana, con la decisione 24 settembre 2014, n. 1⁷¹, aveva già in parte disatteso quelle statuizioni, ritenendo di non poter comunque disconoscere la vincolatività delle disposizioni statutarie di principio, tanto che esse potrebbero essere utilizzate in funzione parametrica nel giudizio di “compatibilità statutaria”, essendo in larga parte funzionali a consentire l’ingresso nell’ordinamento regionale dei principi e dei valori affermati a livello costituzionale.

In sostanza, anche sfruttando la lettera dell’art. 1, comma 2, l. reg. n. 34/2008, ove si riconosce che il Collegio opera «a garanzia del rispetto delle norme, dei principi e delle finalità [nello Statuto] sanciti», non sarebbe possibile distinguere tra disposizioni giuridiche e disposizioni culturali ai fini della definizione del parametro nel giudizio di compatibilità. Tale differenza rilevarebbe nel giudizio di fronte alla Corte costituzionale, ma il Collegio sarebbe chiamato a garantire l’osservanza delle une e delle altre.

Un’operazione ermeneutica di questa portata è estremamente delicata, perché permetterebbe di utilizzare le disposizioni statutarie di principio come un “grimaldello” per trasformare il controllo di compatibilità statutaria in un controllo di costituzionalità preventivo, doppiamente divergente rispetto al modello di giustizia costituzionale delineato nel nostro sistema: sia perché il controllo statutario muterebbe in un surrettizio controllo di legittimità costituzionale, con sovrapposizione del Collegio alle funzioni della Corte, sia perché si snaturerebbe il senso del carattere successivo del controllo in via principale delle leggi regionali.

A maggior ragione ciò sarebbe valso nel caso in esame, ove le argomentazioni degli istanti avessero difettato anche di tale minimo tentativo di “interposizione costituzionale”, ponendosi ad oggetto della doglianza soltanto la violazione della competenza legislativa esclusiva dello Stato o il difetto di un intervento di quest’ultimo nella determinazione dei principi fondamentali. In questo modo, è opportuno ribadirlo, si sarebbe trasformata l’istanza di compatibilità statutaria in una sorta di ricorso in via principale, radicalmente inammissibile perché sovrapponibile all’analogha funzione – ma esercitabile in via successiva alla luce

contenuto “necessario” e contenuto “eventuale”, in Giurisprudenza costituzionale, 2004, pp. 4073 ss.; E. Rossi, Principi e diritti nei nuovi Statuti regionali, in Rivista di diritto costituzionale, 2005, pp. 51 ss.

⁷⁰ Nel dare concreto svolgimento alla distinzione tra le disposizioni statutarie dotate di piena efficacia giuridica e quelle che definiscono soltanto principi generali, la Corte fa testuale riferimento proprio agli «artt. 3 e 4 che non comportano né alcuna violazione, né alcuna rivendicazione di competenze costituzionalmente attribuite allo Stato e neppure fondano esercizio di poteri regionali».

⁷¹ https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANZIA/documenti/Pubbl_%20BURT.pdf. In questa sede il Collegio regionale di garanzia statutaria era stato chiamato a pronunciarsi sulla compatibilità della legge elettorale toscana ai principi costituzionali, in particolare al principio democratico, recepito a livello statutario proprio per mezzo dell’art. 3, commi 1 e 2.

dell'art. 127 Cost., così come modificato con l. cost. 18 ottobre 2001, n. 3 – riservata alla Corte costituzionale⁷².

Tenendo ben presente che il controllo del Collegio non potrebbe mai duplicare quello di costituzionalità, ai fini dell'ammissibilità dell'istanza e dell'esame nel merito l'unica impostazione plausibile passerebbe attraverso un uso "mediato" dei parametri costituzionali, nella misura in cui la loro violazione rifletta una parallela lesione dei principi statutari.

In mancanza, un'istanza centrata esclusivamente sul rispetto dei profili costituzionali di competenza sarebbe inammissibile. Più nello specifico, un'istanza limitata al recepimento delle critiche che una non trascurabile parte della dottrina ha avanzato sul piano della possibilità di ricondurre una legge regionale in tema di suicidio medicalmente assistito a materie di competenza legislativa esclusiva dello Stato (in particolare "ordinamento civile e penale" di cui all'art. 117, comma 2, lett. D), Cost. e "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni" di cui all'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.) ovvero a materie di competenza regionale concorrente (come la "tutela della salute" di cui all'art. 117, comma 3, Cost.), ma lamentando la mancata definizione dei principi fondamentali che spetterebbe al legislatore statale, semplicemente non centrerebbe la *ratio* di questo controllo.

È sempre dalla verifica della compatibilità statutaria che occorre partire, magari cercando di motivare adeguatamente una qualche forma di "ridondanza" di vizi di natura più ampiamente costituzionale sulle disposizioni statutarie⁷³. Queste ultime, come detto, costituisco-

⁷² Particolarmente critico su questo punto è G.L. CONTI, *A proposito della legge regionale toscana 16/2025 e della deliberazione 2/2025 del collegio toscano di garanzia statutaria*, in *Le Costituzionaliste*, Marzo 2025, pp. 9 s., secondo cui la decisione resa dal Collegio di garanzia sulla legge n. 16/2025 "usurpa" le funzioni della Corte costituzionale, la quale potrebbe, nell'ipotesi di un giudizio attivato in via principale dal Governo, sollevare innanzi a se stessa questione di legittimità costituzionale delle disposizioni di principio dello Statuto, mutando successivamente il proprio orientamento sulla natura di queste disposizioni, perché «o sono norme o non sono niente e il niente in forma normativa è incostituzionale». In altra sede, lo stesso Autore, prefigura anche l'eventualità di un conflitto di attribuzioni dello Stato avverso la Regione per l'invasione da parte del Collegio di garanzia statutaria delle attribuzioni della Corte costituzionale. Così G. CONTI, *Dare a Cesare quel che è di Cesare*, cit., p. 66. Una soluzione che sarebbe sicuramente praticabile in astratto, ma destinata probabilmente a restare un "caso di scuola", la cui verifica in concreto potrebbe essere "temperata" tenendo in primo luogo conto del fatto che la decisione del Collegio non ha effetti vincolanti, al più esso formula osservazioni al legislatore regionale (il quale resta libero di disattenderle), e, in secondo luogo, la sua decisione produce un mero effetto sospensivo per la durata di massimo trenta giorni, decorsi i quali verrebbe meno l'interesse al conflitto, sempre in virtù della carenza di effetti caducatori sull'atto.

⁷³ Il concetto di ridondanza è stato ampiamente utilizzato dalla Corte costituzionale nell'ambito delle decisioni rese in giudizi in via principale ove le Regioni si fossero attivate per impugnare una legge dello Stato. Il fine di tale argomento era quello di consentire un ampliamento dei parametri utilizzabili dalle Regioni, al di là di quelli strettamente connessi alla violazione del riparto di competenza di cui all'art. 117 Cost. In tale caso, i parametri invocati potevano trascendere quelli relativi alla competenza, a condizione che le violazioni lamentate in qualche modo "ridondassero" sulle attribuzioni regionali. In questo senso, l'incidenza sul riparto di competenza non veniva prospettata in modo diretto, ma come indiretta conseguenza della violazione di altri parametri costituzionali. Un esempio classico è quello dell'adozione di un decreto-legge in violazione dei presupposti fissati dall'art. 77 Cost. (su questo profilo è nota la sentenza Corte cost., 18 febbraio 2010, n. 52; più di recente Corte cost., 26 gennaio 2023, n. 6). In dottrina, E. ROSSI, *Il fine meritevole giustifica l'utilizzo elastico dei mezzi: la Corte e la "ridondanza"*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2012, pp. 298 ss.; ID., *La ridondanza, sai, è come il vento. Considerazioni sui ricorsi regionali nei confronti degli atti normativi statali nel giudizio in via principale*, in *Liber amicorum per Pasquale Costanzo*, in *Consulta online*, 24 marzo 2020; C. PADULA, *Aggiornamenti in tema di ridondanza*, in *Le Regioni*, 2019, pp. 737 ss.

no il parametro di riferimento e soltanto nei margini – talvolta flessibili e indeterminati – che esse offrono è possibile tentare di ricostruire una possibile ridondanza delle violazioni del riparto di competenza a livello costituzionale sulle norme dello Statuto.

Se guardiamo alle disposizioni statutarie che possono venire in rilievo si deve constatare una certa difficoltà nel ricostruire un’argomentazione convincente della possibile “ridondanza” di vizi che attengono al riparto di competenze.

In primo luogo, potrebbe richiamarsi il combinato degli artt. 1 e 3, comma 1, Statuto Toscana ove si afferma che la Regione esercita la propria autonomia nel rispetto della “unità e indivisibilità della Repubblica italiana” e che la Regione “fonda la propria azione sui valori della Costituzione italiana”. Da queste disposizioni potrebbe ricavarsi un generico collegamento con le esigenze di “coerenza” costituzionale che potrebbe, al limite, ricomprendere anche il sistema del riparto di competenze disegnato dalla Costituzione. Per quanto labile come argomento, una legge regionale adottata in un ambito di competenza riservato al legislatore statale (aspetto sicuramente da dimostrare, ma non in questa sede) potrebbe contrastare con l’esigenza che spetti allo Stato l’adozione di una disciplina uniforme in materie tanto delicate.

In secondo luogo, potrebbe venire in rilievo l’art. 3, comma 2, Statuto Toscana, in particolare nella parte in cui afferma che «la Regione opera al fine di realizzare il pieno sviluppo della persona e dei principi di libertà, giustizia, uguaglianza, solidarietà, rispetto della dignità personale e dei diritti umani». Due su tutti gli aspetti che vengono in rilievo: quello della “uguaglianza” e quello della “dignità personale”.

Ove si dovesse sostenere che l’adozione di una legge regionale fosse in contrasto con il principio di eguaglianza che, a norma dell’art. 3, comma 2, deve informare anche l’azione della Regione, andrebbe comunque rilevato che, almeno nella dimensione “interna”, la delibera legislativa impugnata avrebbe l’effetto di assicurare l’eguaglianza dei cittadini, piuttosto che di lederla. Se un dubbio può, al massimo, essere prospettato, questo riguarda esclusivamente la dimensione “esterna”, vale a dire l’eventualità che possano essere adottate venti leggi regionali differenti (ventuno, se si considerano le Province autonome di Trento e Bolzano). Ma questo profilo non può venire in gioco davanti al Collegio ove, dal punto di vista interno, andrebbe rilevato che l’intervento legislativo regionale abbia il pregio di ricomporre una “frammentazione” che si presenterebbe se le singole strutture sanitarie fossero lasciate libere di stabilire in autonomia i criteri da seguire nei tempi e nelle procedure per l’accesso al suicidio assistito (al netto del ricorso a Linee guida, come quelle del 2024). In questo senso, l’intervento si muoverebbe nella prospettiva della realizzazione dell’eguaglianza e non della sua lesione.

Piuttosto, in connessione con la realizzazione dell’eguaglianza, resterebbe un ulteriore profilo privo di adeguata copertura normativa, vale a dire quello relativo alla individuazione dei potenziali destinatari delle prestazioni. Le concrete modalità con cui il principio di eguaglianza si inverte dipendono, infatti, dalla definizione di una platea più o meno ampia di fruitori delle procedure di aiuto al suicidio, se circoscrivibile ai soli residenti in Regione Toscana ovvero estensibile anche a chi sceglie di trasferire in Toscana l’assistenza sanitaria (sfruttando possibili accordi tra le Regioni sui modi e i costi di accesso alla procedura per i

cittadini residenti fuori dalla Toscana), con il rischio di dar vita a fenomeni di “turismo del suicidio”, indotti dalla ricerca della Regione che offra ai richiedenti le procedure regolate in modo più puntuale e con una definizione certa delle tempistiche.

Allo stesso modo, in merito alla dignità della persona, garantire maggiore certezza nell'accesso alle procedure, mediante una loro più puntuale organizzazione, consentirebbe di dare attuazione a quanto essenzialmente richiesto dalla sentenza n. 242/2019, nella misura in cui permetterebbe alla persona di non dover accettare l'imposizione di modalità che non reputa dignitose per porre fine alla propria esistenza.

Infine, discorso analogo può essere fatto rispetto all'art. 4, comma 1, lett. c), Statuto Toscana che indica, tra le finalità perseguite prioritariamente dalla Regione, il diritto alla salute. Questo profilo potrebbe apparire più complesso, perché andrebbe valutato concretamente in quale misura la delibera legislativa regionale dà attuazione alle condizioni fissate dalla Corte costituzionale, con particolare riferimento dalla predisposizione di un adeguato servizio di cure palliative e di terapia del dolore, come previsto dalla l. n. 38/2010, anche in virtù dell'efficacia “dissuasiva” di questi trattamenti. Tuttavia, in linea di massima si tratta di un intervento che è diretto ad implementare l'autodeterminazione dei singoli nella sfera delle decisioni che riguardano la propria salute e, ove accompagnato da un effettivo servizio di supporto medico e psicologico della persona sofferente, non può essere letto in chiave degradante del più ampio diritto alla salute.

Agli istanti, quindi, si prospettavano difficoltà argomentative non semplici da affrontare per ottenere un vaglio nel merito da parte del Collegio. La lettura dell'istanza del 14 febbraio 2025 conferma per larghi tratti l'impostazione sopra illustrata. Il corpo centrale delle doglianze ruota attorno al consueto richiamo all'incidenza che una legge sull'organizzazione della procedura del suicidio assistito avrebbe sia in materie di competenza legislativa esclusiva dello Stato (“ordinamento civile e penale” di cui all'art. 117, comma 2, lett. l), Cost. e “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni” di cui all'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.), sia in materie di competenza regionale concorrente (“tutela della salute” di cui all'art. 117, comma 3, Cost.), ma in difetto dei principi fondamentali. Al fine di superare l'obiezione della carenza di “tono statutario” delle censure, però, i parametri sulla competenza sono legati alla violazione di principi statutari, su tutti il principio di eguaglianza e il principio democratico, così come recepiti dagli artt. 1, 3, 4 e 5 Statuto Toscana.

La lesione del principio di eguaglianza è argomentata nell'istanza alla luce di un esercizio del potere legislativo al di fuori dei criteri di competenza costituzionalmente determinati, il quale sarebbe in grado di alterare la parità tra i cittadini nel godimento dei diritti fondamentali. Detto altrimenti, il corretto esercizio delle potestà legislative, nei margini costituzionalmente fissati, non attiene soltanto agli equilibri tra i “soggetti” della Repubblica, ma anche all'essenza della forma di Stato, per cui a un esercizio scorretto della funzione legislativa conseguirebbe la lesione di un principio fondamentale, come quello di eguaglianza, che assume rilievo tanto nella prospettiva costituzionale che in quella statutaria.

La violazione del principio democratico, invece, sarebbe più nello specifico collegata agli equilibri tra i diversi livelli di governo, per cui l'indebita sostituzione del legislatore regionale a quello statale nella regolamentazione dei livelli essenziali delle prestazioni,

nonché l'adozione di una legge in materia di tutela della salute senza che lo Stato abbia provveduto alla previa determinazione dei principi fondamentali, verrebbero a pregiudicare la posizione centrale che il Parlamento riveste, quale organo depositario della sovranità popolare e, quindi, la sua essenza democratica e rappresentativa.

5.1. La Deliberazione n. 2/2015 del Collegio regionale di garanzia statutaria e gli “strumenti” per una risposta “nel merito”

Di fronte ad un quadro così complesso ed articolato il Collegio era chiamato in primo luogo a vagliare l'ammissibilità dell'istanza. La questione avrebbe potuto chiudersi con una decisione di inammissibilità, ma forse hanno prevalso ragioni sostanziali, sulle quali ha indubbiamente influito la delicatezza della tematica e l'attenzione che l'opinione pubblica ha concentrato su di essa nei giorni immediatamente successivi alla delibera legislativa da parte del Consiglio regionale. Il Collegio, dopo un periodo di attività piuttosto contenuto, non poteva forse esimersi da una pronuncia nel merito, proprio nell'occasione in cui era stato adito sulla questione probabilmente più importate dalla sua istituzione.

La consapevolezza dei rischi di sovrapposizione del controllo statutario a quello di costituzionalità, tenuto conto degli argomenti addotti dagli istanti, era ben presente al Collegio di garanzia, tant'è che nella Deliberazione 11 marzo 2025, n. 2⁷⁴, chiarisce subito che ad esso non spetta verificare la conformità delle delibere legislative alla Costituzione, ma soltanto la rispondenza di queste alle disposizioni statutarie⁷⁵. Gli unici parametri cui il Collegio potrebbe attenersi pertanto sono quelli statuari e non quelli puramente costituzionali.

Tuttavia, la volontà di pervenire comunque ad una decisione nel merito richiedeva un complesso lavoro interpretativo nella conformazione del parametro, di modo che dalle violazioni delle disposizioni costituzionali sul riparto di competenza legislativa fosse possibile ricavare un effetto riflesso sulle condizioni che garantiscono l'eguaglianza delle persone. Tale criterio argomentativo era da utilizzarsi tanto nel caso di violazione della competenza esclusiva del legislatore statale, perché normalmente riferita ad ambiti in cui non possono ammettersi spazi per una differenziazione territoriale, quanto nel caso di adozione di una legge in un ambito di competenza concorrente, ma in mancanza dei principi fondamentali, la cui approvazione è riservata del legislatore statale proprio per assicurare nei termini essenziali il principio di eguaglianza.

⁷⁴ Approvazione del giudizio di conformità allo Statuto della legge regionale n. 5 del 2025 (Atti Consiglio) “Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024”, in *Bollettino Ufficiale della Regione Toscana*, 17 marzo 2025, n. 18.

⁷⁵ Cautela confermata anche da un'altra precisazione preliminare del Collegio, quella secondo cui le proprie funzioni non potrebbero in alcun modo essere assimilate a quelle di un Giudice delle leggi, in quanto esso sarebbe sprovvisto del potere di annullamento degli atti impugnati, potendo al più indurre il legislatore a rivedere la propria deliberazione per adeguarla ai parametri violati. In sostanza, più che una vera e propria attività di sindacato (tipica invece del Giudice costituzionale), la sua sarebbe un'attività collaborativa per un migliore rispetto dello Statuto.

Questo principio, come innanzi detto, oltre ad avere una valenza sicuramente costituzionale, è richiamato dall'art. 3, comma 2, Statuto Toscana. Nella declinazione che esso può assumere guardando al versante "esterno" alla Regione, ogni persona in essa residente avrebbe il diritto a un trattamento non distinto da quello riservato alle altre persone a livello nazionale, diritto che si traduce nel relativo obbligo per la Regione di non creare disparità per i propri cittadini, mediante l'adozione di leggi al di fuori degli ambiti di competenza ad essa riconosciuti.

L'istanza, secondo il Collegio, non sarebbe diretta a sollecitare un inammissibile controllo sul corretto rispetto del riparto di competenze, piuttosto a vagliare la misura in cui questo può incidere sull'eguaglianza, principio di rilevanza statutaria oltre che costituzionale⁷⁶.

L'esame nel merito della questione richiedeva, però, un approfondimento sull'incidenza delle violazioni del riparto di competenza legislativa sui principi statutari. Profilo essenziale, ma che nell'istanza presentata dalle minoranze non era esplicitato chiaramente. Per tale ragione il Collegio ricorre ad una serie di argomenti "esterni" alla questione, diretti in qualche modo a "rafforzare" la propria scelta di decidere nel merito. Si tratta delle tesi, cui si è accennato in precedenza, relative alla natura del parametro statutario quando esso sia integrato da disposizioni di principio. Nel confermare il suo precedente del 2014, infatti, il Collegio non segue la tradizionale posizione della Corte costituzionale che distingue tra disposizioni aventi valenza meramente "politica" e disposizioni aventi natura "giuridica" contenute negli Statuti, sostenendo che la sua funzione consista nel garantire il rispetto delle norme, dei principi e delle finalità statutari comunque vigenti. In questo senso, il richiamo al principio di eguaglianza, contenuto nell'art. 3 Statuto Toscana, può investire un profilo organizzativo e legittimare l'accesso del Collegio al sindacato nel merito della questione.

La soluzione del Collegio implica una precisa presa di posizione sul piano del sistema delle fonti, adducendo a criterio di classificazione non tanto la natura (giuridica o politica) di una disposizione, ma la sua vigenza e la sua collocazione all'interno del testo dello Statuto di cui esso è tenuto a garantire l'osservanza da parte del legislatore regionale.

Entrando nel merito delle censure mosse, però, il profilo dei valori statutari diventa più sfumato e il Collegio sembra articolare le sue argomentazioni attraverso un giudizio tutto incardinato sulla verifica dell'esistenza o meno di un'area in cui il legislatore toscano abbia o meno un margine di azione. Il primo interrogativo che il Collegio si pone, infatti, è se la Regione abbia esercitato correttamente la propria potestà legislativa. La tesi sostenuta nell'istanza era che il legislatore regionale avesse travalicato i limiti costituzionalmente fissati, invadendo la competenza esclusiva dello Stato in materia di "ordinamento civile e

⁷⁶ Particolarmente critico sul ricorso da parte del Collegio all'argomento del principio di eguaglianza è G. CONTI, *Dare a Cesare quel che è di Cesare*, cit., pp. 66, in quanto si tratterebbe di un «artificio motivazionale che permette allo stesso Collegio di entrare nel merito della ripartizione di competenze fra Stato e regione», facendo sì che «la Costituzione, però, sia trattata alla stregua di una norma interposta».

penale” e di “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni”, o, comunque, esercitato in maniera non corretta la propria competenza, perché, se anche fosse stato possibile ricondurre la legge sul fine vita alla competenza concorrente della “tutela della salute”, ciò sarebbe avvenuto comunque senza attendere che una legge dello Stato determinasse i principi fondamentali.

Nel risolvere il quesito, tendendo conto anche degli elementi formali e materiali della legge (ossia, l’oggetto e il titolo), il Collegio ritiene di poterla collocare nell’ambito della “tutela della salute”, escludendo che possa esservi stata una violazione della competenza esclusiva dello Stato.

Il dubbio sull’effettiva coerenza del controllo di conformità statutaria svolto dal Collegio dipende però dall’articolazione delle censure. Le quali intercettano i principi statuari solo nelle conclusioni dell’istanza, essendo questa strutturata in tutto e per tutto come una richiesta di verifica del rispetto del riparto di competenza legislativa. Fatta propria la possibilità di accedere ad un esame nel merito, il Collegio, per dare adeguata risposta ai dubbi prospettati, non poteva in definitiva sottrarsi ad una valutazione incentrata sul rispetto dei criteri di competenza.

Il primo aspetto che il Collegio deve prendere in considerazione riguarda la possibile violazione della competenza esclusiva dello Stato in materia di “ordinamento penale e civile”. Ciò sarebbe determinato, ad opinione degli istanti, dalla portata espansiva della legge toscana, la quale avrebbe l’effetto di ampliare la facoltà di ricorrere al suicidio medicalmente assistito. Per confutare questo argomento l’organo regionale di controllo ricorre a una distinzione a cui si è ampiamente fatto riferimento nei paragrafi precedenti di questo lavoro: quella tra regolamentazione delle condizioni di accesso (di pertinenza dello Stato) e disciplina delle modalità organizzative per le procedure di verifica dei presupposti e l’attuazione delle richieste. Pure a seguito dell’entrata in vigore della legge n. 16/2025 il Collegio ribadisce come le condizioni per l’accesso al suicidio assistito restino quelle fissate dalle sentenze n. 242/2019 e n. 135/2024, mentre il legislatore regionale pare perseguire un fine più circoscritto, che non intacca la sostanza della “scriminante” elaborata dalla Corte costituzionale.

La legge regionale non avrebbe, inoltre, l’effetto di trasformare una causa di non punibilità in un nuovo “diritto a prestazione”. La Corte costituzionale, sin dall’ordinanza n. 207/2018, ha legato la liceità dell’aiuto nel suicidio alla libertà della persona di rifiutare cure e trattamenti di sostegno vitale di cui alla l. n. 219/2017. L’accesso al suicidio assistito si configura, quindi, come “estensione” del diritto all’interruzione dei trattamenti vitali, il quale andrebbe assicurato anche nei casi in cui per la sua realizzazione dovesse porsi la necessità dell’ausilio di un soggetto terzo, come in ipotesi di suicidio assistito (perché, diversamente, la morte sopraggiungerebbe in una modalità tale da non rispecchiare l’idea di dignità della persona richiedente). Sinteticamente, con le parole del Collegio, può dirsi che «il diritto alla interruzione del trattamento [...] contiene in sé necessariamente quello conseguente dell’accesso al suicidio assistito».

Le sentenze della Corte costituzionale richiamate lasciano aperto il dibattito intorno alla configurazione di una mera scriminante o alla introduzione di un nuovo diritto a presta-

zione (profilo sul quale deve rilevarsi il perdurare di una certa ambiguità, nonostante le recenti affermazioni della Corte costituzionale nella sentenza n. 132/2025)⁷⁷, ma ogni discorso al riguardo dovrà essere ricondotto ai commenti su quelle decisioni e non all'esame della legge della Regione Toscana, la quale al più si limita a disciplinare l'organizzazione dell'erogazione delle prestazioni necessarie a soddisfare una richiesta già azionabile.

Lo schema d'esame delle competenze interessate dall'intervento legislativo toscano è quello consueto, oggetto già di copiosa analisi dottrinale. Per questo, dopo aver rilevato la mancata invasione della competenza esclusiva dello Stato in materia di "ordinamento penale e civile", il Collegio ritiene che nemmeno quella alla "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali", di cui all'art. 117, comma 2, lett. m), Cost., sia lesa dalla legge regionale. Anche in questo caso ad assumere rilievo determinante è il collegamento della legge toscana con le due sentenze della Corte costituzionale sul suicidio assistito, sia per quanto riguarda il pedissequo rinvio alle condizioni sostanziali da esse fissare, sia, soprattutto, per il rispetto della procedura fissata in tema di accertamento delle condizioni, integrata dal richiamo alla legge n. 219/2017. Ma non solo, anche i principi di funzionamento del Servizio sanitario nazionale sarebbero osservati, visto che la fissazione dei livelli essenziali di assistenza di cui al d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, resta riservata alla legge statale.

Il Collegio va, però, oltre tale profilo e lo connette a quello che tratterà nei passaggi finali della sua decisione, ribadendo che alla legge statale è riservata la fissazione di livelli essenziali di prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, ma ciò non esclude che, ove lo Stato non vi abbia provveduto, il legislatore regionale possa assicurare una prestazione ulteriore, corrispondente ad un diritto già riconosciuto (in questo caso dalla Corte costituzionale e dalla legge n. 219/2017), sempre che il suo intervento si collochi in un ambito coperto da un

⁷⁷ Ci si riferisce alla circostanza per cui nelle decisioni della Corte sarebbe possibile rilevare una "cesura" tra gli argomenti addotti, i quali deporrebbero nel senso di un implicito riconoscimento del diritto a decidere sul fine vita come "inveramento" dell'autodeterminazione, e quei passaggi in cui la Corte, in modo talvolta affrettato, si limita ad affermare che non intende con le proprie decisioni dar vita ad un nuovo diritto all'accesso al suicidio assistito. Sul punto B. LIBERALI, *L'aiuto al suicidio "a una svolta", fra le condizioni poste dalla Corte costituzionale e i tempi di reazione del legislatore?*, in *Diritti comparati*, 9 dicembre 2019. Il profilo della implicita ricostruzione del diritto sembra prevalere nelle argomentazioni in tema di obiezione di coscienza del personale sanitario fatte proprie da G. CAMPANELLI, *L'obiezione di coscienza e il suo impatto sull'elaborazione di un effettivo diritto a una morte dignitosa*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, 2022, n. 3, pp. 74 ss. Come osserva G. CONTI, *Dare a Cesare quel che è di Cesare*, cit., p. 48, la Corte «sembra aver tuonato con la sua giurisprudenza sul fine vita ma in realtà è stata molto più timida di quanto non avrebbe probabilmente dovuto se avesse inteso sviluppare per intero le premesse del proprio ragionamento». D'altra parte, sarebbe contraddittorio sostenere che il diritto alla vita sia un valore, senza che essa possa essere configurata anche come una libertà, ossia un «processo in cui ciascuno diventa se stesso non vi è alcuno spazio per una interferenza dello Stato», analogamente a quanto può ricavarsi dalla lettura delle disposizioni costituzionali che vietano la comminazione della pena di morte.

Parzialmente distinta la posizione di L. BUSATTA, *Regioni e fine vita: a proposito della legge toscana sul suicidio medicalmente assistito*, cit., p. 104, la quale ritiene che la Corte non abbia dato vita ad un nuovo "diritto al suicidio", ma a un diritto a prestazione di diversa natura, corrispondente alla pretesa della persona sofferente di rivolgersi all'amministrazione per ottenere un accertamento della sussistenza delle condizioni fissate dalla Corte, ottenere una risposta al riguardo e, in caso di esito positivo, per dar seguito alla connessa richiesta.

Tale apparente ambiguità andrebbe riletta alla luce della sentenza n. 132/2025, che, per la prima volta, sembra qualificare la pretesa di chi intende accedere al suicidio assistito, alle condizioni fissate dalla Corte, nei termini di un vero e proprio diritto.

autonomo titolo di competenza. Per tale ragione – come poco dopo sostenuto dal Collegio – se è possibile collocare l'intervento legislativo della Toscana nel quadro della “tutela della salute”, la Regione potrebbe comunque assicurare prestazioni ulteriori rispetto a quelle minime fissate dal legislatore statale, a maggior ragione quando quest'ultimo non lo avesse fatto. Senza pregiudicare la competenza legislativa statale, una preclusione eccessivamente rigida per il legislatore regionale avrebbe soltanto l'effetto di restringere l'attuazione di un diritto già in altra sede riconosciuto con valenza generale e uniforme sull'intero territorio nazionale. Le censure prospettate nell'istanza (così come le critiche della dottrina) si collocano in modo alternativo e non cumulativo, nel senso che non sarebbe logicamente possibile ritenere che la legge toscana violi, allo stesso tempo, la competenza esclusiva dello Stato di cui all'art. 117, comma 2, lett. l e m, Cost., e quella concorrente di cui all'art. 117, comma 3, Cost. in quanto esercitata dalla Regione senza attendere la determinazione dei principi fondamentali della materia da parte dello Stato. Se anche avesse inteso accogliere le doglianze avanzate, il Collegio avrebbe dovuto confrontarsi con questa alternativa: o la legge toscana è illegittima perché invade una competenza esclusiva dello Stato o lo è perché non tiene conto dei principi fondamentali della materia che la Costituzione rimette pur sempre alla competenza statale. I due vizi non potrebbero essere rilevati cumulativamente, come implicitamente sembra sostenere anche il Governo nel ricorso promosso davanti alla Corte costituzionale contro la legge in esame.

Fugato il dubbio sulla prima violazione, in via subordinata, il fulcro della motivazione si incentra sulla dimostrazione della insussistenza anche della seconda. Il Collegio, infatti, sostiene che la legge toscana non possa essere ricondotta ad una materia di competenza esclusiva dello Stato, ma al più alla materia di competenza concorrente della “tutela della salute”, per cui l'unico profilo da acclarare, al fine di valutare il corretto esercizio della potestà legislativa da parte della Regione, riguarda l'adesione ai principi fissati dal legislatore statale ovvero alla sovrapposizione regionale a quest'ultimo.

Su questo aspetto il Collegio riprende quanto già affermato dall'art. 1, comma 3, della legge n. 131/2003, secondo cui la determinazione dei principi fondamentali non necessita sempre di un provvedimento *ad hoc*, potendo essere ricavati anche dal complesso della legislazione statale in vigore. Alla luce di questo dato andrebbero lette sia le condizioni di accesso al suicidio, fissate dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242/2019, sia il rinvio alle modalità di accertamento delle condizioni già fissate per il rifiuto dei trattamenti dalla legge n. 219/2017. In quella sede, infatti, il Giudice delle leggi avrebbe ricostruito la matrice unitaria dell'autodeterminazione nell'interruzione dei trattamenti vitali e nella scelta di morire di chi è tenuto in vita solo grazie a quei trattamenti, per questo motivo la procedura già fissata dalla legge n. 219/2017 si adatta alla soddisfazione delle esigenze e dei valori implicati nelle scelte di suicidio assistito.

Per tale ragione sarebbe proprio questa legge (assieme al d.lgs. n. 502/1992) a costituire la base ordinamentale, richiesta dalla legge n. 131/2003, da cui attingere i principi fondamentali che il legislatore regionale sarebbe tenuto a rispettare. Pertanto, non solo la Regione sarebbe intervenuta in un ambito di competenza proprio, seppur concorrente, ma

si sarebbe anche attenuta ai principi fondamentali della materia già ricavabili dal sistema legislativo statale vigente.

Dopo un lunghissimo *excursus* motivazionale, tutto incentrato sul dettagliato esame dell'esercizio della potestà legislativa, il Collegio torna a quello che, in realtà, sarebbe il vaglio che gli compete, affermando che, dal punto di vista statutario, va fugato ogni dubbio su una possibile lesione del principio di eguaglianza⁷⁸, non intaccato da un intervento legislativo regionale in linea con il riparto di competenze fissato dall'art. 117 Cost.

6. I contenuti della legge regionale toscana n. 16/2025. La disciplina della procedura di accesso e attuazione della richiesta di suicidio medicalmente assistito

Una volta concluso il controllo del Collegio di garanzia statutaria l'iter di approvazione della legge può perfezionarsi con la promulgazione da parte del Presidente della giunta e la pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione Toscana del 17 marzo 2025, portando così all'entrata in vigore di quella che, al momento, era la prima legge regionale incentrata sulla regolamentazione delle procedure per l'esame e l'attuazione delle richieste di suicidio medicalmente assistito.

L'esegesi del testo è particolarmente indicativa delle cautele, ma anche del fondamentale fine di certezza dei diritti che il legislatore toscano ha inteso perseguire, muovendosi entro i margini strettissimi che il riparto di competenze legislative tra Stato e Regione gli lasciava. Già dalla lettura del Preambolo sembra possibile rilevare alcuni elementi necessari a "preparare il terreno" per l'intervento legislativo della Regione in materia.

Due sono gli aspetti che meritano di essere segnalati. In primo luogo, l'apertura del testo con un riferimento alla necessità che la Regione Toscana garantisca, nella fase terminale della vita, l'assistenza sanitaria, in particolare l'accesso alle cure palliative di cui alla l. n. 38/2010, nonché ogni altra forma di assistenza psicologica e, se richiesta, spirituale o laica, all'interno delle strutture pubbliche. Tale passaggio non assume i tratti di una mera dichiarazione di principio, ma rappresenta una componente essenziale della disciplina che vale a saldare la nuova legge regionale con le condizioni stabilite dalla Corte costituzionale per l'accesso al suicidio assistito, ove la proposta di un adeguato programma di cure palliative operava in via preliminare rispetto ad ogni altra valutazione. Va sottolineato che tale passaggio non era contenuto nella prima versione del testo portato in votazione dinanzi al

⁷⁸ In quanto, usando le parole di G. CONTI, *Dare a Cesare quel che è di Cesare*, cit., p. 62, «il principio di eguaglianza non sarebbe violato perché la Regione Toscana offrirebbe ai propri cittadini esattamente quello che tutti i cittadini della Repubblica Italiana possono ottenere e questo perché l'esistenza di un diritto sociale al fine vita sarebbe stato affermato dalla Corte costituzionale e le sentenze della Corte costituzionale che lo affermerebbero avrebbero valore su tutto il territorio nazionale».

Consiglio l'11 febbraio 2025, ma è stato inserito soltanto all'esito di quella deliberazione, indice della particolare importanza che il legislatore regionale ha inteso attribuirgli. In secondo luogo, nel Preambolo è ribadito il carattere immediatamente applicativo della sentenza n. 242/2019, per cui le persone che versino nelle condizioni indicate dalla Corte già potrebbero chiedere l'accesso all'aiuto al suicidio, senza che da ciò possa derivare l'irrogazione della sanzione penale per coloro che hanno fornito il loro ausilio⁷⁹. L'area di applicabilità della decisione è, tra l'altro, estesa dalla sentenza n. 135/2024, la quale (come si è detto) equipara la dipendenza "attuale" dai trattamenti di sostegno vitale a quella "prognostica". In altri termini, potrebbero ottenere l'accesso alle procedure non solo le persone attualmente sottoposte a trattamento di sostegno vitale, ma anche quelle che soffrono di patologie per le quali, secondo valutazione medica, è prospettata l'attivazione in futuro di questi trattamenti. Questo aspetto appare collegato all'ulteriore argomento, sempre ricavato dalla sentenza n. 242/2019, secondo cui l'accesso al suicidio medicalmente assistito sarebbe riservato alle persone che già si troverebbero nelle condizioni per rifiutare i trattamenti ai sensi della l. n. 219/2017, ragion per cui sarebbe irrazionale prevedere che queste debbano prima accettare un trattamento di sostegno vitale (che già potrebbero rifiutare) al solo fine di poter poi chiedere il suicidio assistito nel rispetto di tutte le quattro condizioni fissate dalla sentenza n. 242.

Nella predisposizione di una regolamentazione specifica in materia, qualsiasi legislatore, anche regionale, non potrebbe ignorare la prescrizione della Corte, secondo cui la verifica sulla sussistenza delle condizioni di accesso e sulle modalità di esecuzione andrebbe riservata alle strutture del servizio sanitario nazionale, con l'acquisizione del parere del comitato etico competente per territorio. A giustificazione del proprio intervento si ribadisce che la legge si colloca nella materia "tutela della salute", in quanto si limita a dettare norme a carattere organizzativo e procedurale per disciplinare in modo uniforme l'esercizio delle funzioni attribuite alle strutture sanitarie, dando attuazione ai principi immediatamente ricavabili dalla sentenza della Corte costituzionale. Obiettivo della legge sarebbe, quindi, quello di definire tempi e procedure per eliminare ogni margine di incertezza rispetto all'erogazione della prestazione⁸⁰, avendo comunque presente che il proprio intervento

⁷⁹ È chiaro che le sentenze di accoglimento della Corte costituzionale abbiano effetti *erga omnes* e, quindi, chiunque si trovi nelle condizioni descritte dalla sentenza n. 242/2019 possa chiedere e ottenere il suicidio assistito, anche ove manchi una legge regionale che ne disciplini gli aspetti procedurali. Tuttavia, la sua richiesta, per ottenere soddisfazione, deve passare attraverso il preventivo vaglio giurisdizionale, a conferma che il diritto è già perfettamente formato nella legge, perché, diversamente, il giudice non avrebbe potuto spingersi fino al punto di affermarlo in via pretoria, sostituendosi in concreto al legislatore. In assenza di una legge sul procedimento, però, al giudice è demandata anche la fissazione delle modalità che le strutture del servizio sanitario nazionale dovranno di volta in volta seguire per far fronte alle richieste validamente presentate, aumentando in questo il margine di variabilità dell'apprezzamento e l'incertezza sui tempi della decisione. Cfr. G. CONTI, *Dare a Cesare quel che è di Cesare*, cit., p. 59, il quale richiama, a sostegno, i casi emblematici delle sentenze Trib. Ancona, 9 giugno 2021 e Trib. Trieste, 4 luglio 2023.

⁸⁰ Ad opinione di L. BIANCHI, *Per un inquadramento costituzionale della legge della Regione Toscana sul suicidio assistito*, cit., p. 96, sarebbe proprio la definizione di tempi così stringenti a collocare l'intervento legislativo della Regione fuori dalla materia della "tutela della salute", in quanto «incide pesantemente anche sull'ampiezza del [diritto alla vita], asse-

deve ritenersi cedevole di fronte ad una futura determinazione dei principi fondamentali della materia da parte della legge statale.

Il testo della legge regionale toscana n. 16/2025 si compone in tutto di nove articoli. I primi due definiscono le finalità e l'ambito oggettivo di applicazione della legge; segue un articolo in cui il legislatore regionale completa il quadro degli organi coinvolti nelle procedure di verifica dei presupposti e delle modalità attuative, vincolando le Aziende unità sanitarie locali (AUSL) ad istituire un'apposita Commissione multidisciplinare permanente; i successivi quattro articoli costituiscono il "nucleo" essenziale della nuova disciplina, essendo in larga parte incentrati sulla regolamentazione degli aspetti procedurali che investono sia la presentazione dell'istanza, che la valutazione della sussistenza delle condizioni e l'adeguatezza delle modalità di esecuzione. Infine, gli ultimi due articoli toccano gli aspetti "economici" delle prestazioni, per le quali è sancita la gratuità a favore dei cittadini e la copertura di spesa con appositi stanziamenti della Regione.

Una più approfondita analisi della legge consente, però, di meglio delineare gli aspetti di continuità e di novità di cui essa è portatrice, evidenziando le eventuali incongruenze e i punti che restano controversi in vista della sua imminente applicazione⁸¹.

Si è detto che gli artt. 1 e 2 della legge n. 16/2025 disciplinano rispettivamente le finalità e i requisiti di accesso al suicidio medicalmente assistito. Su questo profilo il legislatore regionale non poteva non seguire la via della continuità rispetto a quanto già vigente a livello legislativo e giurisprudenziale, per cui, più che fornire una disciplina autonoma e innovativa, si è limitato a rinviare alle sentenze della Corte costituzionale conferenti e alla l. n. 219/2017. Come conseguenza di tale approccio si spiegano anche due significative differenze che il testo approvato presenta rispetto al testo iniziale della proposta di legge popolare.

In particolare, l'art. 1 è oggetto di una notevole semplificazione (passando da due a un solo comma), che non assume i tratti di una mera variazione "stilistica", bensì di una scelta ben ponderata, diretta a prevenire possibili obiezioni in merito al travalicamento dei limiti di competenza da parte del legislatore regionale. Infatti, da una parte, scompare il riferimento «all'erogazione dei trattamenti disciplinati dalla presente legge» come diritto «individuale e inviolabile [che] non può essere limitato, condizionato o assoggettato ad altre forme di controllo al di fuori di quanto ivi previsto» e, dall'altra, si puntualizza che la Regione intende disciplinare soltanto le modalità organizzative dell'accesso al suicidio assistito, precisazione che mancava nel testo della proposta.

gnando un termine alla conclusione del procedimento, che è il termine della vita, non dell'erogazione di una qualunque prestazione di cura».

⁸¹ Applicazione che è già avvenuta a distanza di poco più di un mese dall'entrata in vigore, con il primo ammalato che già in precedenza aveva presentato la propria richiesta e ha successivamente ottenuto l'accesso al suicidio assistito secondo le procedure e i tempi fissati dalla legge regionale. *Suicidio medicalmente assistito in Toscana: primo caso dopo l'approvazione della legge regionale*, in *Quotidiano sanità*, 12 giugno 2025.

Nella medesima prospettiva andrebbe letta anche la scelta di rinviare alle sentenze n. 242/2019 e n. 135/2024, in luogo di una puntuale indicazione delle condizioni di accesso al suicidio assistito, rendendo così più immediata la percezione della non ingerenza da parte del legislatore regionale nei profili che definiscono la sostanza del diritto.

Tale scelta di tecnica legislativa rende più agevole superare l'idea che si tratti di un rinvio "fisso", in quanto deve ritenersi inclusivo dei successivi sviluppi della giurisprudenza costituzionale sul punto. Anche se il richiamo espresso alle due decisioni del Giudice delle leggi (le uniche adottate al momento della delibera del Consiglio) poteva destare qualche dubbio interpretativo, è evidente che l'intenzione del legislatore regionale fosse quella di adeguarsi puntualmente ai criteri fissati dal legislatore statale o, in mancanza di un suo intervento, dalla Corte costituzionale, anche nella prospettiva di una loro futura puntualizzazione e ridefinizione, come di fatto avvenuto con la più recente sentenza n. 66/2025. L'art. 2 della legge contribuisce a definire l'ambito soggettivo di applicazione, individuando le persone che possono accedere alle relative procedure. Tuttavia, come si è in precedenza osservato, non specifica se il novero debba intendersi limitato ai soli cittadini residenti nella Regione Toscana o esteso a qualunque cittadino italiano. Trattandosi di prestazioni superiori ai livelli essenziali, in mancanza di un'espressa indicazione al riguardo, la legge potrebbe trovare applicazione all'interno del territorio regionale a favore dei soli residenti, tuttavia non sono stati esclusi possibili protocolli con le altre Regioni per definire modi e costi dell'accesso anche per chi risiede fuori dalla Toscana⁸². Se da una parte ciò può dar vita a fenomeni di "turismo sanitario" interregionale, dall'altra sembra essere maggiormente in linea con il principio di eguaglianza, offrendo a tutti la possibilità di beneficiare delle medesime garanzie di certezza su tempi e procedure.

Dopo aver definito l'ambito oggettivo e soggettivo di applicazione, ma prima di occuparsi della determinazione della sequenza procedimentale per il vaglio delle richieste di suicidio assistito, la legge si sofferma su un aspetto particolarmente significativo, perché integra quanto la Corte costituzionale già aveva stabilito in merito agli organi coinvolti nell'accertamento della sussistenza delle condizioni di accesso alle procedure di suicidio assistito. Il Giudice delle leggi, infatti, si era limitato a stabilire che, in attesa dell'intervento del legislatore, la verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio e delle relative modalità di esecuzione dovesse restare affidata a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale, lasciando poi a queste ampio margine nella definizione dei soggetti cui affidarle in concreto (salvo il necessario coinvolgimento dei Comitati etici territorialmente competenti)⁸³.

⁸² L. BIANCHI, *Per un inquadramento costituzionale della legge della Regione Toscana sul suicidio assistito*, cit., p. 98.

⁸³ Sul punto le citate osservazioni critiche di G. RAZZANO, *La legge della regione Toscana sul suicidio assistito*, cit., pp. 574 s.; in termini dubitativi sulla legittimità della soluzione fatta propria dalla legge anche S. PICCOTTI, *La legge della Regione Toscana sul suicidio medicalmente assistito*, in *Osservatorio costituzionale*, 2025, n. 5, p. 12."

L'art. 3 della legge regionale, invece, prevede, quale organo affidatario dei compiti sopra indicati, l'istituzione di un'apposita Commissione multidisciplinare permanente, alla quale dovrebbero provvedere le singole AUSL entro quindici giorni dall'entrata in vigore, seguendo i criteri fissati dalla disposizione in esame.

La Commissione è chiamata a intervenire sia in fase preventiva, per l'accertamento della sussistenza delle condizioni, sia successiva, per la definizione delle modalità di esecuzione, secondo i criteri più avanti fissati dalla legge. Secondo quanto stabilito dal testo approvato in via definitiva⁸⁴, essa è composta da un medico palliativista, un medico psichiatra, un medico anestesista, uno psicologo, un medico legale e un infermiere; a questi si affianca variabilmente un medico specialista della patologia da cui è affetto il richiedente. Questi soggetti sono individuati nell'ambito del personale dipendente dell'AUSL. La partecipazione è su base volontaria e, nel caso di indisponibilità, la composizione può essere completata attingendo al personale dipendente di altre aziende o altri enti del servizio sanitario regionale. La volontarietà della partecipazione esclude altresì qualsiasi forma di compenso o indennità, fatto salvo il rimborso delle spese sostenute. La partecipazione rientra tra le attività istituzionali del personale e deve svolgersi in orario di lavoro⁸⁵. Il richiamo alla volontarietà nella composizione della Commissione si colloca in stretta sintonia con quanto la Corte costituzionale aveva affermato nella sentenza n. 242/2019, subordinando alla coscienza del singolo medico la scelta di esaudire la richiesta del malato. Se al personale medico non può essere imposto di fornire assistenza nella fase esecutiva della procedura di suicidio assistito, non sarebbe coerente rendere obbligatoria la partecipazione agli organi incaricati di valutarne le condizioni e le modalità.

Una volta stabilita la composizione dell'organo che riveste un ruolo centrale in tutte le fasi della procedura, la legge specifica i due "canali" attraverso cui essa si snoda: il primo concernente la verifica sulla sussistenza dei requisiti e il secondo la valutazione (o, in alternativa, la definizione) delle modalità di esecuzione della richiesta.

Preliminarmente, però, la legge definisce, all'art. 4, le modalità con cui la persona interessata può presentare la propria istanza.

In linea con quanto previsto dalla l. n. 219/2017 per il consenso informato, la scelta del legislatore toscano pare orientata verso un'ampia libertà delle forme, in quanto ci si limita

⁸⁴ Nella versione portata in approvazione l'11 febbraio 2025, invece, non era menzionata la figura dell'infermiere. Ancora diversa era la soluzione della iniziale proposta di legge popolare, dove era menzionata la presenza di un neurologo, ma non quella del medico legale.

⁸⁵ Questa disposizione ricalca in buona misura quanto già previsto dalle Linee guida delle AUSL Toscana del 2024. La composizione della Commissione proposta dalle Linee guida è quasi del tutto sovrapponibile a quella della legge, se ne discosta solo per l'inserimento di una ulteriore figura, quella del "Coordinatore organizzativo della Commissione". Per il resto si ribadisce che la partecipazione alla Commissione costituisce attività istituzionale del personale. Più essenziale, invece, è la composizione che aveva suggerito il Parere del Comitato Regionale di Bioetica del 14 febbraio 2020, secondo cui nella composizione doveva essere garantita almeno la presenza di un medico palliativista, di uno psicologo, di un medico specialista nelle terapie di sostegno vitale e, di volta in volta, di uno specialista della patologia sofferta dal richiedente e del medico di fiducia del richiedente.

a stabilire che l'istanza per l'accertamento delle condizioni e per la valutazione delle modalità di attuazione può essere presentata all'AUSL competente per territorio direttamente dalla persona interessata o da un suo delegato. La domanda è corredata della documentazione sanitaria disponibile, la quale costituisce un elemento indispensabile (ma non esclusivo) per permettere alla Commissione di esprimere il proprio giudizio sulla sussistenza delle condizioni. In altri termini, è da questa documentazione che devono emergere gli aspetti concernenti la tipologia di malattia irreversibile, il grado delle sofferenze e la sussistenza dei trattamenti di sostegno vitale. Come contenuto eventuale potrà essere indicato il medico di fiducia e il protocollo di esecuzione (in tal caso la Commissione, più che alla definizione *ex novo* di un protocollo, sarà chiamata a verificare che quello proposto dal richiedente sia tale da garantire le condizioni di cui all'art. 6, comma 4, della legge n. 16/2025).

Ricevuta l'istanza, l'AUSL la trasmette tempestivamente alla Commissione e al Comitato per l'etica clinica, istituito ai sensi dell'art. 99 della l. reg. 24 febbraio 2005, n. 40⁸⁶.

Da questo momento decorre il termine di venti giorni entro cui, a norma dell'art. 5, la Commissione deve concludere la procedura di valutazione dei requisiti, potendo sospendere il termine una sola volta e per non più di cinque giorni, quando si ponga la necessità di effettuare accertamenti clinico-diagnostici⁸⁷.

Nel rispetto della prescrizioni fornite dalla giurisprudenza della Corte costituzionale, la Commissione è tenuta a vagliare preliminarmente la sussistenza della pre-condizione di una chiara e adeguata informazione al paziente sulla possibilità di accedere ad un percorso di cure palliative, oltre alla possibilità, già disciplinata dalla l. n. 219/2017, di rifiutare i trattamenti sanitari, inclusi quelli di sostegno vitale, in associazione alla sedazione palliativa profonda continua.

Si tratta di un profilo di estrema importanza, visto anche il richiamo che il legislatore regionale fa ad esso nell'apertura del Preambolo della legge n. 16/2025. Tuttavia, un più articolato riferimento all'accesso alle cure palliative nel testo della legge avrebbe permesso di superare alcune delle critiche che l'intervento regionale ha sollevato. Ad esempio, non solo limitandosi a collocare in via preliminare – e quindi prima delle quattro condizioni

⁸⁶ Il rinvio alla legge regionale n. 40/2005 è importante, perché fornisce un significativo chiarimento rispetto ai contenuti della sentenza n. 242/2019. In quella sede, infatti, la Corte costituzionale assegnava funzioni di tutela nelle situazioni di vulnerabilità ai Comitati etici istituiti con d.l. n. 158/2012 per le questioni concernenti la sperimentazione clinica su medicinali ad uso umano. Si tratta, quindi, di organi pensati e istituiti per fini ben diversi da quelli perseguiti da una legge sul fine vita. I Comitati istituiti presso le aziende della Regione Toscana, invece, sembrano più adeguati a svolgere le funzioni che vengono loro assegnate in tema di suicidio medicalmente assistito, visto che, secondo la norma istitutiva, essi «sono finalizzati all'esame degli aspetti etici attinenti alla programmazione e all'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché a sviluppare e supportare i relativi interventi educativi della popolazione e di formazione bioetica del personale».

⁸⁷ Una soluzione che è sostanzialmente mutuata dalle Linee guida del 2024, le quali già prevedevano la possibilità che il paziente potesse essere invitato dalla Commissione a sottoporsi ad una visita, anche di tipo domiciliare, senza possibilità di opporsi alla richiesta, pena l'esito negativo della valutazione.

– l'accertamento sull'informazione in questione, ma anche ribadendo la centralità delle cure palliative nel fine vita che, assieme al sostegno psicologico della persona sofferente, possono costituire una valida alternativa rispetto alla scelta pura e semplice di congedarsi dalla vita. Oltre ad una disciplina "in negativo", incentrata solo sulle conseguenze del possibile rifiuto di un percorso di cure palliative (confermativo dell'originario proposito suicidario), la legge avrebbe potuto valorizzare la dimensione "positiva" di tali percorsi, dedicando alcuni passaggi alle conseguenze della scelta di segno opposto (quella in cui il paziente, accettando il percorso di cure palliative, muta l'originario proposito suicidario)⁸⁸. Invece, la lettera dell'art. 5 della legge, fa riferimento esclusivamente all'ipotesi in cui il richiedente confermi la volontà di accedere al suicidio assistito. Accertata la volontà, la Commissione procede all'esame dei requisiti, basandosi sulla documentazione ricevuta, sugli ulteriori accertamenti medici reputati necessari, sulla interlocuzione personale con il richiedente, anche sentendo il medico di fiducia, ove indicato nell'istanza. Oggetto dell'accertamento è anche la libertà e la consapevolezza della volontà manifestata, da effettuarsi nelle modalità dell'art. 1, comma 4, l. n. 219/2017.

Per una valutazione comprensiva degli aspetti etici della vicenda, la Commissione è tenuta a chiedere il parere del Comitato per l'etica clinica⁸⁹, trasmettendo l'ulteriore documentazione raccolta e l'esito degli accertamenti effettuati, visto che, a norma dell'art. 4, il Comi-

⁸⁸ La centralità dell'informazione sulle cure palliative è ribadita dalle Linee guida del 2024, le quali non si limitano a sottolineare il carattere pregiudiziale di tale informazione, ma anche le conseguenze legate al mutamento di volontà del paziente. Ove questi dovesse accettare di intraprendere un percorso di cure palliative, infatti, l'istanza di suicidio assistito decade in maniera automatica. L'onere informativo sulle cure palliative non si esaurisce alla fase preliminare, ma è impostato nella logica del dialogo aperto tra paziente e personale sanitario che informa in ogni fase della procedura. Ciò comporta che in ogni fase sia possibile il «riesame del piano di cure, per assicurare che il paziente e i familiari siano concordi con le modifiche da apportare al trattamento. Infine, in una fase avanzata della malattia, quando la scelta delle cure palliative diviene ineludibile, è imperativo mantenere un dialogo aperto e circostanziato, in modo che tutte le parti coinvolte siano pienamente consapevoli delle implicazioni e delle aspettative legate all'adozione di un percorso palliativo».

⁸⁹ La necessità di rivolgersi a un organo collegiale terzo per la tutela dei soggetti in condizioni di vulnerabilità era stata prevista dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242/2019. Tale compito era assegnato, in quella sede, ai Comitati etici istituiti ai sensi dell'art. 12 del d.l. n. 158/2012. L'importanza di tale organo è ribadita dalle Linee guida del 2024, le quali, però, precisano che questo è chiamato a rendere un parere obbligatorio, ma non vincolante, affidando in definitiva la valutazione sulla sussistenza dei presupposti alla Commissione istituita ai sensi dell'art. 3 della legge. Seguendo la posizione espressa dal Comitato Regionale di Bioetica nel parere del 14 febbraio 2020, si evidenzia la difficoltà di risalire alla *ratio* della assegnazione di dette funzioni ai Comitati etici regolati dal d.l. del 2012. Si tratta di organi terzi chiamati a pronunciarsi sugli aspetti etici delle sperimentazioni cliniche sui farmaci ad uso umano, che solo con una lettura molto ampia delle funzioni loro assegnate (che la Corte sembra far propria) potrebbero essere coinvolti nella valutazione di ogni aspetto che riguarda l'uso di farmaci o dispositivi medici, incluso di quei farmaci che sono utilizzabili per le pratiche di suicidio medicalmente assistito. A chiarire il quadro sovviene il decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013 il quale stabilisce che «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». Nel caso della Regione Toscana i dubbi sollevati dal richiamo a questi organi da parte del Giudice delle leggi sono superati dall'affidamento della funzione consultiva ai distinti Comitati per l'etica clinica, che la Regione già aveva provveduto ad istituire con propria legge con la funzione di pronunciarsi su tutti gli aspetti etici concernenti l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

tato già riceve dall'AUSL l'istanza con la documentazione originaria allegata. Il Comitato deve esprimere il parere entro sette giorni dal ricevimento della documentazione.

Una volta ricevuto il parere la Commissione redige la propria valutazione finale e la trasmette, entro il termine fissato dal comma 1 dell'art. 5, all'AUSL che, a sua volta, la comunicherà alla persona interessata. La legge non specifica se il parere del Comitato sia o meno vincolante per la Commissione, tuttavia, in mancanza di una espressa indicazione in tal senso, secondo la giurisprudenza prevalente sarebbe da prediligere la soluzione favorevole al carattere non vincolante del parere. Salva l'ipotesi di pareri per i quali il legislatore stabilisca esplicitamente il carattere vincolante, ove un'indicazione in tal senso manchi questi sono da intendersi implicitamente come non vincolanti⁹⁰. Saremmo di fronte, quindi, ad una ipotesi di parere obbligatorio (perché previsto dal combinato degli artt. 4, comma 3, e 5, comma 4, della legge n. 16/2025), ma non vincolante.

Tutto il procedimento di valutazione sembra essere incardinato attorno ad una puntuale definizione dei tempi della procedura. L'elemento "tempo" è decisivo rispetto al concetto di dignità del morire, perché, di fatto, una delle ragioni reali che facevano dubitare della legittimità della normativa che consentiva il rifiuto dei trattamenti medici e della alimentazione/idratazione artificiale era legata alla incertezza del verificarsi dell'evento, oltre che alle modalità concrete con cui sopraggiunge la morte, incompatibili con il concetto di dignità del morire della persona che richiede di accedere al suicidio medicalmente assistito. Questa incertezza, a maggior ragione, sarebbe acuita non solo in presenza di fattori biologici, che incidono sul verificarsi della morte, ma anche giuridici e procedurali, ove la volontà perfettamente formata della persona resta esposta per il suo concretizzarsi ad un procedimento dalla durata incerta e indefinita (tanto che sono frequenti i casi in cui la morte sopraggiunge per il decorso della patologia, prolungando inutilmente la sofferenza della persona).

Proprio per fugare ogni possibile dubbio riguardo alla perentorietà della tempistica, in sede di deliberazione della legge è stato inserito un ulteriore comma, il quale sancisce che, al fine di rispettare il termine complessivo di cui al comma 1 (venti giorni), la Commissione è tenuta ad inviare la richiesta al Comitato entro un termine che permetta a quest'ultimo l'adozione del parere sui profili etici nel margine fissato dalla legge (sette giorni); in altri termini, la Commissione sarebbe tenuta ad inoltrare la propria richiesta al massimo entro il tredicesimo giorno dal ricevimento dell'istanza da parte dell'AUSL.

Altra questione che la legge non affronta espressamente, e alla quale si può soltanto tentare di dare una risposta in via interpretativa, è quella delle maggioranze richieste per l'approvazione del parere e della relazione finale. Se non è diversamente (ed espressamente) stabilito, si deve ritenere che le decisioni degli organi collegiali debbano essere adottate a maggioranza semplice. Mentre nel caso della Commissione è la legge stessa a stabilire la composizione

⁹⁰ A.M. SANDULLI, *Diritto amministrativo*, Napoli, Jovene, 1989, p. 640; A. TRAVI, *Parere nel diritto amministrativo*, in *Dig. disc. pubb.*, X, Torino, UTET, 1995, pp. 606 s.

necessaria, per cui la maggioranza sarà calcolabile sulla base dei sette membri che la integrano, per il Comitato per l'etica clinica, invece, occorre rimandare alla composizione fissata con apposito provvedimento della Giunta regionale per ciascuna Azienda.

La delicatezza della valutazione che spetta a tali organi, che coinvolge oltre agli aspetti medici anche quelli etico-morali, potrebbe consigliare (più al futuro legislatore statale che a quello regionale) l'inserimento di un'apposita disposizione sull'opinione dissenziente⁹¹ dei membri degli organi collegiali. Ciò sarebbe destinato ad operare parallelamente alla volontarietà della partecipazione ai lavori dell'organo, permettendo anche al membro che intenda comunque fornire il proprio apporto in sede di valutazione di esprimere il proprio dissenso (o la propria tesi concorrente) rispetto alla soluzione adottata dalla maggioranza⁹².

Superata positivamente la verifica della sussistenza delle condizioni, l'art. 6 disciplina l'ulteriore compito di cui è investita la Commissione: approvare le modalità di attuazione, se al momento dell'istanza il richiedente ha già allegato un protocollo per la morte assistita, ovvero definirle in accordo con quest'ultimo, nel caso in cui non fossero state in precedenza indicate. In entrambe le ipotesi la procedura deve concludersi entro dieci giorni dalla comunicazione all'interessato dell'esito della valutazione delle condizioni.

In questa fase la persona interessata può chiedere alla Commissione di approvare un protocollo redatto dal medico di fiducia sulle modalità di attuazione del suicidio assistito, ove non presentato congiuntamente all'istanza ai sensi dell'art. 4, comma 2. In alternativa, il richiedente può demandare alla Commissione la definizione delle modalità di attuazione, mediante un apposito protocollo sul quale deve convergere la propria approvazione. Nel caso in cui l'accordo sulle modalità di attuazione tra istante e Commissione non fosse raggiunto la richiesta non può aver seguito.

La legge non lascia una libertà assoluta all'istante nella definizione del protocollo, stabilendo una serie di vincoli "procedurali" e "sostanziali" che devono essere osservati nella redazione. Nel primo senso indicato, è prevista la necessaria assistenza del medico, visto che ci troviamo pur sempre nell'ambito di una procedura medicalizzata, che non potrebbe

⁹¹ La procedura ricalca per larghi tratti le modalità e le tempistiche di quella già definita dalle Linee guida del 2024, tuttavia, a differenza di queste, la legge non sembra prendere in considerazione l'eventualità che la Commissione, organo collegiale, non raggiunga l'unanimità. In tale circostanza le Linee guida prevedono espressamente che, nell'ipotesi di una decisione sia adottata a maggioranza, la relazione dovrà riportare anche i pareri divergenti dei membri.

⁹² Un possibile modello, che specifica quanto in generale già accennato dalle Linee guida del 2024, potrebbe essere quello previsto dal comma 3, dell'art. 131 c.p.c., il quale stabilisce che «dei provvedimenti collegiali è compilato sommario processo verbale, il quale deve contenere la menzione dell'unanimità della decisione o del dissenso, succintamente motivato, che qualcuno dei componenti del collegio, da indicarsi nominativamente, abbia eventualmente espresso su ciascuna delle questioni decise. Il verbale, redatto dal meno anziano dei componenti togati del collegio e sottoscritto da tutti i componenti del collegio stesso, è conservato a cura del presidente in plico sigillato presso la cancelleria dell'ufficio». In generale, sul tema dell'opinione dissenziente e sulla sua utilità nei processi decisionali degli organi collegiali cfr. A. ANZON (a cura di), *L'opinione dissenziente*, Atti del seminario svoltosi in Roma, Palazzo della consulta, nei giorni 5 e 6 novembre 1993, Milano, Giuffrè, 1995; S. PANIZZA, *L'introduzione dell'opinione dissenziente nel sistema di giustizia costituzionale*, Torino, Giappichelli, 1998.

essere implementata soltanto da soggetti non abbiano adeguate competenze in ambito sanitario, e, nel secondo, i contenuti del protocollo devono essere tali da «evitare abusi in danno delle persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze»⁹³.

Anche rispetto alla decisione sul protocollo concernente le modalità attuative è previsto il coinvolgimento del Comitato per l'etica clinica, il quale deve esprimere il proprio parere entro cinque giorni dalla trasmissione della documentazione da parte della Commissione. Una volta ricevuto il parere, la Commissione redige la relazione finale, anche in questo caso nei termini perentori indicati dal comma 1⁹⁴, e la trasmette all'AUSL, cui spetterà comunicare gli esiti all'interessato.

Una volta comunicata l'approvazione o la definizione del protocollo sulle modalità di attuazione del suicidio assistito, l'art. 7 stabilisce il concreto supporto per la finalizzazione della procedura che si chiuderà con l'ultimo atto con cui la persona darà esecuzione alla sua volontà. Anche nell'ultima sequenza si impone la necessità di assicurare al richiedente il rispetto di una tempistica certa e, soprattutto, adeguata alla realtà delle sue condizioni psico-fisiche, visto che entro sette giorni dalla comunicazione l'AUSL deve attivarsi per fornire il supporto tecnico e farmacologico conforme al protocollo approvato, nonché l'assistenza sanitaria per l'auto-somministrazione del farmaco⁹⁵. L'assistenza ha sempre ca-

⁹³ Criteri analoghi sono previsti dalle Linee guida del 2024, anche se, con un grado maggiore di analiticità. Tale atto stabilisce che alla Commissione spetterà verificare «l'idoneità del farmaco e dei dispositivi medici, le dosi, le modalità di auto-somministrazione talché siano in grado di garantire una morte rapida, indolore e la più dignitosa possibile rispetto all'alternativa del rifiuto delle cure con sedazione profonda continuativa». Le Linee guida forniscono poi indicazioni sulle alternative farmacologiche a disposizione – alcune somministrabili per via orale, altre per via endovenosa – specificando le differenze sul piano degli effetti che esse possono avere. Proprio al fine di ridurre al minimo gli inconvenienti che possono arrecare inopportuni traumi o sofferenze al paziente, esse suggeriscono che sia preferibile scegliere farmaci somministrabili per via endovenosa. Si indicano i farmaci da utilizzare in via preferenziale per la somministrazione endovenosa (il Tiopentale Sodico e il Propofol) o orale (Pentobarbital o un cocktail di fenobarbital, diazepam, morfina e amitriptilina), avendo cura di precisare le dosi necessarie e le modalità di somministrazione, anche in combinazione con altri farmaci, in modo da prevenire, per quanto possibile, il rischio di complicanze.

⁹⁴ Anche l'art. 6 contiene una disposizione analoga a quella dell'art. 5, comma 5, secondo cui il parere del Comitato deve essere richiesto dalla Commissione in tempo utile a rispettare anche il termine complessivo di dieci giorni fissato dal comma 1. Pertanto la richiesta deve essere inoltrata non oltre cinque giorni dalla comunicazione dell'esito dell'accertamento dei requisiti alla persona interessata.

⁹⁵ Si tratta di un passaggio particolarmente delicato, non a caso oggetto di una distinta valutazione nelle Linee guida, rispetto al quale non può essere omesso il richiamo a quanto criticamente osservato nel parere della Consulta di garanzia statutaria della Regione Emilia-Romagna del 22 febbraio 2023. In questo caso, infatti, si sottolineava come la Corte costituzionale, con la sentenza n. 242/2019, non avesse configurato tanto un diritto a darsi la morte con l'ausilio delle strutture del Servizio sanitario nazionale (SSN), quanto piuttosto scriminato le condotte di aiuto al suicidio, rimettendo alle strutture citate l'accertamento delle condizioni per la non punibilità, dell'idoneità delle modalità di esecuzione e dei farmaci scelti. La decisione della Corte non avrebbe costituito un nuovo «diritto a prestazione» a favore del paziente, da cui un corrispondente obbligo in capo al SSN di impegnarsi a fornirla, ma avrebbe inteso solo rimettere in capo alle strutture del servizio pubblico il compito di accertare la sussistenza delle condizioni che scriminano la rilevanza penale dell'aiuto al suicidio. Ove le Regioni non si limitassero nei loro interventi normativi a dare pura e semplice esecuzione al dettato della Corte, riconfigurando la portata del diritto ed estendendolo dalla verifica delle condizioni di non punibilità all'assistenza materiale nella esecuzione della procedura, allora l'intervento regionale non potrebbe essere qualificato nei termini della mera «organizzazione della procedura», ma investirebbe direttamente la sostanza e la portata del diritto, vertendo in una materia che, ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m) e l), Cost., deve ritenersi riservata al legislatore

rattere volontario, in ossequio a quanto disposto dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, la quale esclude che la richiesta di accesso al suicidio assistito implichi il sorgere di un obbligo di fornire assistenza in capo al medico. Tuttavia, quest'ultimo passaggio della legge toscana sembra trascendere l'aspetto puramente procedurale, valorizzando la dimensione "esistenziale" della "vicinanza" al richiedente che le strutture del servizio sanitario devono assicurare. A queste non è demandata la sola funzione di accertamento dei presupposti, ma anche di supporto al richiedente, discostandosi in modo significativo da quanto già in precedenza previsto dalle Linee guida del 2024.

Queste, infatti, svincolano le AUSL da qualsiasi onere di assistenza in fase esecutiva, giacché «l'Azienda non fornisce i farmaci letali ed i dispositivi medici necessari, né il setting assistenziale idoneo e il personale sanitario, tantomeno mette a disposizione proprie strutture per l'attuazione dell'aiuto al suicidio farmacologico medicalmente assistito». Secondo le Linee guida, quindi, spetterebbe all'interessato sia indicare il personale sanitario, esperto nella somministrazione di sedativi e anestetici (con preferenza per un medico anestesista e un infermiere esperto in terapia intensiva), che fornirà l'ausilio nella esecuzione della procedura, sia indicare la sede presso cui l'attuazione dovrà aver luogo (che potrà essere tanto il domicilio privato del paziente, quanto un altro luogo da esso indicato).

Il testo dell'art. 7 è per certi versi disorganico, perché il comma 1 chiude la disciplina della procedura che, con l'auto-somministrazione, è giunta al suo ineludibile epilogo. Una precisazione che si connette a tale sequenza si può al più ricavare dal comma 3, ove è previsto che la persona richiedente possa sospendere o annullare la procedura in qualsiasi momento, anche a seguito della autorizzazione e fino all'istante immediatamente precedente l'auto-somministrazione.

Ma se passiamo alla lettura del comma 2, è immediata la percezione che si tratti di una disposizione di carattere generale, che nulla ha a che vedere con il procedimento descritto dagli articoli precedenti. Essa afferma, infatti, che i trattamenti disciplinati dalla legge regionale costituiscono un livello di assistenza superiore rispetto ai livelli essenziali di assistenza, cui la Regione fa fronte con risorse proprie. Si tratta, come già detto in precedenza, di una puntualizzazione che mira a sottrarre la legge all'obiezione di aver invaso una competenza del legislatore statale, cui spetta l'esclusiva disciplina dei livelli essenziali delle prestazioni ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.

Infine, al comma 4 è ribadito che le AUSL conformano i procedimenti disciplinati dalla legge regionale alla disciplina statale (verosimilmente nel momento in cui ne verrà adot-

statale. In questi termini anche A. CANDIDO, *Fine vita, cure palliative, dignità*, cit., p. 409, il quale criticamente ritiene che la legge della Regione Toscana sia irrimediabilmente incostituzionale perché fornisce una «una normativa sostanziale mascherata da disciplina procedimentale e organizzativa».

tata una specifica), seguendo il criterio, già in precedenza specificato, della “cedevolezza invertita”⁹⁶.

A conclusione della legge si rinvencono due disposizioni che devono essere lette in stretta connessione, anche per superare l'apparente contraddizione che ne definisce i rapporti. La prima prevede la gratuità delle prestazioni fornite dal servizio sanitario regionale e la seconda stanziava la somma di 10.000 € per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027 per l'attuazione delle prestazioni e dei trattamenti previsti dalla legge⁹⁷.

Non bisogna, infatti, scindere il concetto di “gratuità della prestazione” a favore del cittadino, da quello di “onerosità della prestazione” a carico del servizio sanitario. Questi due concetti, adeguatamente coordinati, implicano una definizione dei rapporti tra persona beneficiaria e servizio sanitario regionale per cui il costo “vivo” della prestazione non andrà a gravare sul richiedente, ma sarà la Regione a farsene carico mediante risorse proprie. La “gratuità della prestazione” non esclude che, come qualsiasi trattamento sanitario, anche quello inerente alle procedure di suicidio assistito implichi dei costi per farmaci, materiali, strutture o personale. I dubbi potrebbero al più riguardare l'adeguatezza della somma stanziata, che è obiettivamente molto contenuta, ma nella sostanza non disallineata rispetto alle stime che possono essere fatte sul numero (probabilmente limitato) di persone che chiederanno l'accesso alla procedura⁹⁸.

⁹⁶ Principio che, restando al caso in esame, trova la sua più puntuale enunciazione nei passaggi iniziali dell'art. 2 della Legge Toscana n. 16/2025. Sui dubbi inerenti alla concreta operatività di tale clausola, ove il legislatore statale decidesse finalmente di attivarsi, si rinvia a E. ROSSI, *La legge toscana sul fine vita*, in *Quaderni costituzionali*, 2025, n. 2, pp. 410 ss.

⁹⁷ Superando in questo modo l'apparente contraddizione della proposta di legge popolare che, oltre a prevedere la gratuità delle prestazioni, specificava che queste non comportavano nuovi oneri a carico del bilancio regionale. Come osservato da G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio*, cit., p. 81, «tali affermazioni sono fra loro contraddittorie, in quanto, da un lato, il riferimento a prestazioni e trattamenti implica costi, per la remunerazione di medici, operatori sanitari e per i farmaci; dall'altro, si proclama la gratuità del percorso “terapeutico-assistenziale”». In termini altrettanto critici F. PIERGENTILI, *Prime note sul problema della copertura finanziaria della legge toscana sul fine vita*, in *Centro Studi Livatino*, 11 febbraio 2025.

⁹⁸ Tale previsione può essere fatta guardando ai numeri complessivi del suicidio assistito in Italia, sia prima che dopo l'adozione della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 (prima di tale data, ovviamente, recandosi all'estero), e circoscrivendo la stima al contesto territoriale della Regione Toscana. Per alcuni dati statistici sulle richieste informative e sulle procedure avviate a partire dal 2019 v. *In Italia hanno finora usufruito del 'fine vita' 11 persone*, in *AGI*, 11 febbraio 2025. Se si guarda alle dichiarazioni dell'organizzazione svizzera di aiuto al suicidio *Dignitas*, facendo riferimento ai soli italiani che accedono alle procedure presso strutture elvetiche, i numeri sono destinati a salire, con circa 207 persone che hanno fatto ricorso al suicidio assistito tra il 1998 e il 2022. Cfr. R. GIRANI, *La disciplina del suicidio assistito nell'ordinamento elvetico: il fenomeno del cd. «suicide tourism» dall'Italia alla Svizzera*, in *BioLaw Journal*, n. 3, 2023, pp. 165 ss.

7. Il ricorso in via principale del Governo: la legge regionale toscana al vaglio della Corte costituzionale

Le difficoltà nel percorrere la via dell'intervento legislativo regionale nella definizione delle modalità organizzative dell'accesso alle procedure di suicidio medicalmente assistito sono state evidenziate in dottrina⁹⁹. Nonostante la legge toscana fosse uscita indenne dal controllo del Collegio di garanzia statutaria, in dottrina non era mancato chi avesse osservato che ciò lasciava impregiudicata l'eventualità di una tempestiva impugnazione del Governo davanti alla Corte costituzionale, attraverso ricorso in via principale¹⁰⁰. E, infatti, questa eventualità si è prontamente concretizzata.

Con ricorso n. 20, pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 28 maggio 2025, 1° Serie speciale, n. 22, il Presidente del Consiglio dei ministri ha investito il Giudice delle leggi del compito di vagliare la legittimità della legge della Regione Toscana n. 16/2025¹⁰¹.

I passaggi in cui si sviluppa l'argomentazione governativa sono in larga parte sovrapponibili alle critiche già avanzate in dottrina, alle quali si è fatto ampio riferimento nei primi paragrafi di questo lavoro, per cui sarà sufficiente un rapido richiamo a queste.

Già in apertura si segnala la distanza della posizione governativa da quella della Regione sulla portata della legge, visto che, tra gli altri profili, il ricorso accenna alla circostanza che la legge toscana avrebbe definito "i presupposti" e "le condizioni" per l'accesso di un individuo ad una morte volontaria, mentre uno dei punti "cruciali" dell'intero testo legislativo è quello di delegare integralmente alla giurisprudenza costituzionale l'enucleazione di questi aspetti.

Nella sua struttura il ricorso si articola in due parti: una prima in cui il Governo dubita della legittimità costituzionale dell'intera legge regionale per l'asserita sovrapposizione alla competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia e una seconda in cui, in via subordinata, dubita della legittimità di alcuni aspetti specifici regolati da alcune disposizioni puntuali della legge.

La prima parte, a sua volta, può ulteriormente sdoppiarsi nell'esame della violazione delle lett. l) e m) dell'art. 117, comma 2, Cost., entrambe lette dal Governo in connessione con l'art. 117, comma 3, Cost.

Soffermandosi sul primo parametro invocato, il Presidente del Consiglio è perentorio nell'affermare che la disciplina del suicidio medicalmente assistito rientra nella materia

⁹⁹ In generale, in questo senso, A. CANDIDO, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni*, cit., pp. 1004 ss.; G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio*, cit., pp. 75 ss.; ma anche, seppur in modo meno assertivo, L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza*, cit., p. 192.

¹⁰⁰ Secondo A. CANDIDO, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni*, cit., p. 1005, leggi regionali di tale portata costituiscono "fughe in avanti", destinate all'impugnazione statale con prevedibile pronuncia di incostituzionalità.

¹⁰¹ La trattazione del ricorso dinanzi alla Corte costituzionale è stata fissata per l'udienza pubblica del 4 novembre 2025. Peculiare è che non sia indicato un solo giudice relatore, ma due, i giudici Viganò e Antonini.

“ordinamento civile e penale”, riservata allo Stato, in quanto incide su diritti personalissimi, ai quali l’ordinamento riconosce una tutela rinforzata, in grado di imporsi anche alla volontà del titolare (come nel caso dell’omicidio del consenziente). Disciplinare i presupposti e le modalità esecutive in presenza delle quali l’aiuto al suicidio non può dar luogo a responsabilità penale dà vita, secondo il Governo, a un nuovo istituto giuridico, in grado di incidere tanto nell’ambito civile quanto in quello penale¹⁰², che esigenze di omogeneità e uniformità del godimento sull’intero territorio nazionale suggeriscono di riservare al legislatore statale, cui spetta operare al riguardo l’opportuno bilanciamento tra i contrapposti interessi costituzionalmente rilevanti.

In questo senso, le Regioni non potrebbero assolvere ad un ruolo di “supplenza” di fronte all’inerzia dello Stato, tornando ancora una volta in gioco le parole della già citata sentenza della Corte costituzionale n. 262/2016, con cui era stata dichiarata illegittima la regolamentazione di un registro regionale sulle disposizioni anticipate di trattamento nelle more di un intervento del legislatore statale sul punto.

Sempre secondo la Presidenza del Consiglio, la disciplina delle condizioni in presenza delle quali l’aiuto al suicidio non può essere incriminato non atterrebbe alla materia “tutela della salute”, in quanto la grave compromissione della salute rileverebbe come mero “antefatto” rispetto alla scriminante. Se nella materia “tutela della salute” non rientra la determinazione delle citate condizioni, analogamente si può sostenere per la disciplina delle modalità di accertamento delle stesse.

Su questo passaggio del ricorso è possibile richiamare le perplessità già in precedenza esposte circa l’invasione della competenza legislativa dello Stato in materia di “ordinamento civile e penale” da parte del legislatore regionale. Ciò deriverebbe da un fraintendimento interpretativo in cui incorre il ricorso, visto che la circoscrizione della sfera di liceità penale dell’aiuto sarebbe a monte determinata dall’intervento della Corte costituzionale e non dalla legge regionale¹⁰³.

Anche se il ricorso non lo afferma in maniera espressa, deve poi collocarsi in subordine l’ulteriore questione della violazione della riserva statale nella determinazione dei principi fondamentali in materia di competenza concorrente. Tale riserva precluderebbe alla Regione la possibilità di sostituirsi allo Stato nella determinazione dei principi fondamentali, pena l’illegittimità del proprio intervento. D’altra parte, ad opinione del ricorrente, in questi termini sarebbe da intendere l’invito all’intervento da parte della Corte costituzionale, rivolto non ad un legislatore genericamente inteso, ma specificamente a quello statale.

¹⁰²Soprattutto l’ambito penale sarebbe toccato dai contenuti della legge toscana in quanto, ad opinione della Presidenza del Consiglio, essa appronta gli strumenti affinché possa operare una causa di non punibilità, che non potrebbe tollerare un trattamento differenziato su base territoriale.

¹⁰³In questi termini anche L. BUSATTA, *Regioni e fine vita: a proposito della legge toscana sul suicidio medicalmente assistito*, cit., p. 102, secondo la quale «la materia penale si è evidentemente “esaurita” per effetto dell’intervento della Corte costituzionale, che ha tipizzato in maniera assai dettagliata il perimetro della scriminante, elencando i quattro requisiti oggettivi».

L'adozione di una legge regionale in materia di suicidio assistito, in assenza di una legge-cornice statale di determinazione dei principi fondamentali, altera il delicato equilibrio tra principi di diritto, così come disegnato dalla giurisprudenza costituzionale nell'inquadramento dei rapporti tra Stato e Regioni.

D'altra parte, il carattere innovativo della legge regionale deriverebbe – secondo il Governo – da almeno tre aspetti di dettaglio della regolamentazione: dal fatto di aver previsto la possibilità di presentare istanza di accesso al suicidio assistito, oltre che dall'interessato, anche da parte di un “delegato”, ipotesi non prevista dalla Corte costituzionale per un atto di natura personalissima; dal fatto di aver regolato in modo molto sommario i requisiti di contenuto e di forma dell'istanza, a differenza della l. n. 219/2017 che, in tema di rilascio del consenso informato, definisce in dettaglio tali profili e, infine, per una insufficiente disciplina della facoltà di sospensione o annullamento della procedura o del trattamento da parte del paziente.

A prescindere dal primo profilo, sul cui carattere innovativo è lecito dubitare, ma che non sarebbe tale da determinare comunque l'incostituzionalità dell'intera legge, gli altri due sembrano superabili nella prospettiva dell'ampio riferimento che la legge toscana fa alla disciplina in materia di consenso informato, per cui, ove possibile, ne andrebbero ricalcate le formalità in merito a dichiarazioni e richieste, secondo quanto già indicato dalla Corte costituzionale al par. 5 Cons. diritto della sentenza n. 242/2019, dovendo così prevalere, in entrambe le ipotesi, un principio di ampia libertà delle forme, purché la volontà del richiedente sia accertabile in modo chiaro.

Passando al secondo argomento del ricorso, sempre diretto ad ottenere dalla Corte una pronuncia di illegittimità dell'intera legge regionale, il Presidente del Consiglio lamenta il contrasto con l'art. 117, comma 2, lett. m), Cost., in tema di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali. A tal fine, la competenza esclusiva dello Stato non potrebbe essere elusa dalla semplice dichiarazione, da parte della Regione, che le prestazioni regolate con propria legge costituiscano un livello di assistenza sanitaria superiore.

Ad essere posta in dubbio è la stessa esistenza di un “diritto a prestazione”, perché la Corte costituzionale si sarebbe limitata a disciplinare le condizioni che rendono l'aiuto al suicidio non punibile, ma non avrebbe riconosciuto un autonomo diritto al suicidio. In sostanza, mancherebbe la determinazione di un livello minimo di prestazione da parte del legislatore statale affinché si possa parlare di un intervento regionale nella prospettiva della determinazione di un livello superiore. In questi casi l'intervento della Regione sarebbe lesivo dell'omogeneità che la disciplina sul fine vita richiede a livello nazionale e che può essere assicurata soltanto dall'intervento dello Stato.

Se le decisioni della Corte costituzionale non hanno previsto un “diritto al suicidio”, allora non potrebbe nemmeno parlarsi di loro attuazione, mediante una legge regionale che ne disciplini gli aspetti organizzativi, in quanto le determinazioni assunte finirebbero per incidere direttamente sul diritto alla vita.

Che la Corte costituzionale non abbia inteso dar vita a un vero e proprio “diritto al suicidio” è un profilo sul quale può tutt'oggi dibattersi, anche alla luce dei più recenti provvedi-

menti che sembrano sempre più muovere in tale direzione, ma non può allo stesso modo escludersi che la Corte abbia sin dalle sue prime decisioni restituito i tratti essenziali di un diritto a prestazione, ove al diritto del singolo di rivolgersi all'amministrazione sanitaria una domanda diretta ad ottenere una valutazione sulla sussistenza delle condizioni di idoneità della richiesta corrisponde un "dovere" per la medesima amministrazione di rispondere entro termini che – ad opinione di chi scrive – dovrebbero essere anche ragionevoli¹⁰⁴. In ogni caso, non vi sarebbe violazione della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni in quanto il diritto cui esse si collegano già troverebbe fondamento nella sentenza del 2019 e non sorgerebbe in virtù dell'intervento legislativo regionale.

In ultima istanza, il ricorrente sostiene che non possa trovare applicazione al caso di specie il principio della "cedevolezza invertita", visto che questo – secondo recente giurisprudenza costituzionale – può essere invocato in ipotesi di inerzia del legislatore, ma purché si versi in un materia di competenza legislativa almeno concorrente e non esclusiva dello Stato.

L'intervento della Regione sarebbe, per di più, non necessario nella prospettiva dell'attuazione delle richiamate sentenze della Corte costituzionale, visto che queste possono essere già di per sé applicate (e, sottolinea il ricorso, già diversi sono stati i casi di loro attuazione), salvo voler celare l'intento di andare "oltre" quanto disposto dalla Corte. Tale passaggio, però, sembra omettere la considerazione che la questione più "spinosa" delle richieste di suicidio assistito finora presentate sulla scorta della giurisprudenza costituzionale, era l'assoluta aleatorietà dei tempi di verifica delle condizioni, tale da incidere in modo significativo sull'uniforme trattamento di casi analoghi e sulla garanzia del riconoscimento della pari dignità di ogni persona sofferente.

Nella seconda parte del ricorso, in via subordinata, il Governo impugna singole disposizioni della legge toscana, richiamando, oltre ai consueti parametri dell'art. 117, comma 2, lett. l) e m), Cost., anche la legge n. 208/2015 e n. 3/2018 quali norme interposte.

In particolare le censure si appuntano su un aspetto specifico, quello regolato dall'art. 3 della legge n. 16/2025 che ha previsto la costituzione di nuovi organi – le Commissioni multidisciplinari permanenti, incardinate presso ciascuna AUSL – di cui non era fatta menzione nelle sentenze della Corte costituzionale.

Ad opinione del ricorrente, le funzioni cui tali Commissioni si sovrapporrebbero a quelle che la disciplina statale affida ai Comitati etici territoriali¹⁰⁵. È proprio a questi che la Corte,

¹⁰⁴L. BUSATTA, *Regioni e fine vita: a proposito della legge toscana sul suicidio medicalmente assistito*, cit., p. 104.

¹⁰⁵In questo modo, però, come opportunamente sottolineato da L. BUSATTA, *Regioni e fine vita: a proposito della legge toscana sul suicidio medicalmente assistito*, cit., p. 105 s., il Governo confonde il ruolo spettante all'amministrazione sanitaria con quello che la Corte costituzionale ha riservato ai Comitati etici. Alla prima «spetta l'onere di verificare la sussistenza dei requisiti: tale compito, proprio a garanzia e tutela della persona, non può che essere svolto da un collegio di professionisti sanitari operanti nel servizio pubblico. Il ruolo del comitato etico riguarda, invece, la valutazione dei profili di carattere bioetico della storia clinica». Per tale ragione non sarebbe possibile argomentare nel senso di una sovrapposizione tra i ruoli del Comitato istituito dalla legge toscana e dei Comitati etici territoriali.

nelle more dell'intervento del legislatore, avrebbe affidato il compito di attendere alla verifica della sussistenza delle condizioni per l'operatività della scriminante, in quanto "organi collegiali terzi, muniti delle adeguate competenze, i quali possono garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità".

Tali organi, regolati dalla l. n. 158/2012 e successivamente oggetto di riordino mediante i D.M. 26 gennaio 2023 e 30 gennaio 2023, adottati in attuazione della l. n. 3/2018, devono essere chiamati in causa per stabilire se una condotta di aiuto al suicidio possa o meno essere fonte di responsabilità penale.

Il Governo sottolinea le differenze più evidenti che caratterizzerebbero le Commissioni di nuova istituzione rispetto ai Comitati etici territoriali, quantomeno dal punto di vista del numero dei membri e delle figure professionali coinvolte. Nell'impossibilità di assimilare i due collegi, si evidenziano i rischi di affidare ad organi *ad hoc*, istituiti autonomamente presso ciascuna Regione, una valutazione che coinvolga l'applicazione di una scriminante della responsabilità penale.

A questo poi il ricorso aggiunge la censura della carente indicazione sulle modalità attraverso le quali la Commissione esprime la sua valutazione, a maggioranza o all'unanimità. Se in astratto non è possibile definire una soluzione preferibile, il Governo non si cura comunque dell'apparente contraddittorietà delle sue tesi, in quanto si pone in modo critico verso entrambe le alternative: quella della maggioranza, perché finirebbe per privare di peso il parere di alcune delle "competenze" coinvolte, quella dell'unanimità, perché porrebbe sullo stesso piano competenze diverse, non aventi tutte lo stesso peso. Al di là di quanto detto nei paragrafi precedenti, va sottolineato che, così come impostata nel ricorso, la censura attiene ad un problema di "mero fatto", che potrebbe riguardare la deliberazione di qualsiasi organo collegiale composto in modo da dare voce a professionalità e sensibilità diverse, a ben vedere anche quella degli esistenti Comitati etici territoriali.

Considerazioni analoghe a quelle appena riportate sono formulate nel ricorso anche in relazione alla possibile sovrapposizione tra Comitati etici territoriali e Comitati per l'etica nella clinica, cui gli artt. 5 e 6 affidano il compito di emettere pareri sugli aspetti etici del caso. Si tratta, come detto, di organi istituiti presso ciascuna AUSL ai sensi della legge regionale Toscana n. 40/2005, distinti quindi dai Comitati citati dalla Corte costituzionale nelle sue sentenze. Per di più, la legge non specificherebbe se i pareri loro richiesti siano obbligatori o facoltativi, vincolanti o non vincolanti.

Al netto di quanto detto circa la possibilità di dedurre per via interpretativa il carattere non vincolante dei pareri del Comitato, va solo ribadito che il loro carattere obbligatorio sembra ricavabile immediatamente dal dato letterale, in quanto, agli artt. 5, comma 4, e 6, comma 5, la legge regionale dice espressamente che la Commissione "chiede" il parere, non semplicemente che "può chiederlo", connotando questo come una componente ineliminabile della procedura.

Le questioni che il ricorso pone sono numerose e complesse e, come detto, ricalcano in buona misura gli aspetti problematici che già la dottrina aveva evidenziato nel discorrere sulla possibilità di intervenire con una legge regionale per la determinazione delle modalità organizzative delle procedure per l'accesso al suicidio assistito.

Gli interessi coinvolti e l'articolato quadro delle competenze legislative rendono poco prudente ogni tentativo di sbilanciarsi sugli esiti del prossimo giudizio della Corte costituzionale¹⁰⁶. Il difficile confronto sul tema del fine vita, guardato dalla prospettiva dei rapporti tra Stato e Regioni, entra in una nuova stagione, che – come era prevedibile – giunge al culmine con il coinvolgimento del Giudice delle leggi.

Resterebbero poi da chiarire gli effetti di una dichiarazione di incostituzionalità sulle richieste già eseguite, a partire dai primi casi in cui la “procedura” della legge toscana è stata applicata. Ci si chiede, infatti, se l'eventuale dichiarazione di incostituzionalità sia in grado di inficiare la correttezza delle procedure di accertamento delle condizioni, svolte da un organo istituito da una legge dichiarata incostituzionale, al punto da far sorgere una responsabilità penale in capo alla persona che ha fornito il proprio ausilio nelle procedure ammesse sulla base di quella valutazione. Si tratta di un'affermazione provocatoria, in quanto la condotta dovrebbe essere comunque scriminata dalla sua conformità alla legge vigente all'epoca dei fatti¹⁰⁷, ma che deve comunque indurre a riflettere sul problema della “continuità” nelle procedure di accertamento delle condizioni e sull'osservanza della sentenza n. 242/2019 che una dichiarazione di incostituzionalità potrebbe far emergere.

Ad ogni modo, solo al Giudice delle leggi spetta la parola definitiva sulla conformità a Costituzione di una legge regionale in materia¹⁰⁸, anche se, pur con gli accennati margini di incertezza, a quest'ultima andrebbe quantomeno riconosciuto il merito di aver provato a smuovere l'inerzia del legislatore statale che, coerentemente alla posizione politica della maggioranza su questo tema, tutt'oggi non ha ancora seriamente affrontato la questione della garanzia di procedure definite in tema di accesso al suicidio assistito, in grado di dare concreta attuazione alla sostanza della sentenza n. 242/2019 e della l. n. 219/2017, assicurando al contempo un'uniforme rispetto della dignità dei richiedenti¹⁰⁹.

¹⁰⁶ Osserva S. PICCOTTI, *La legge della Regione Toscana*, cit., pp. 22 ss., che, pur in presenza di innegabili profili critici, non potrebbe in astratto escludersi l'eventualità di un rigetto del ricorso da parte della Corte, anche al fine di “sanzionare” la perdurante inosservanza delle reiterate richieste di intervento che i Giudici della Consulta hanno rivolto al legislatore.

¹⁰⁷ All'esito di una eventuale pronuncia di incostituzionalità la fattispecie incriminatrice dell'aiuto al suicidio, di cui all'art. 580 c.p., resterebbe immutata, così come immutate resterebbero le condizioni in presenza delle quali le condotte di aiuto non sarebbero punibili. A mutare sarebbe soltanto la procedura di accertamento delle condizioni: prima di una eventuale sentenza di accoglimento improntate ai tempi e alle sequenze fissate dalla legge regionale, dopo la sentenza, con il ritorno alla procedura “temporalmente indeterminata” stabilita dalla Corte costituzionale. Ma in un caso o nell'altro colui che fornisce il proprio ausilio al suicidio lo fa abilitato da una procedura legalmente conforme al momento dell'atto, pertanto non potrebbe essere chiamato a rispondere penalmente della propria condotta.

¹⁰⁸ E. ROSSI, *Le regioni di fronte all'inerzia del legislatore statale*, cit., p. 233.

¹⁰⁹ È interessante quanto rileva L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza*, cit., p. 192, secondo cui, nonostante gli ampi margini di incertezza legati ad una possibile declaratoria di incostituzionalità, una legge regionale sul suicidio medicalmente assistito svolgerebbe «una importante funzione catalizzatrice del dibattito». Una presta di posizione di questo tipo avrebbe il merito di «dimostrare l'esistenza di una volontà politica (pur territoriale) a regolare la materia, riattiverebbe le discussioni, potrebbe offrire al giudice delle leggi l'occasione per ribadire il monito nei confronti del legislatore statale e (forse) anche per aggiungere qualche elemento ai molti già desumibili dalla sentenza n. 242/2019».

8. Osservazioni conclusive. Questioni irrisolte e difficoltà di pervenire ad una regolamentazione regionale in materia di fine vita, tra esigenza di uniforme garanzia della dignità e dell'autodeterminazione e intollerabile inerzia del legislatore statale

La legge della Regione Toscana sulle modalità organizzative delle procedure di suicidio assistito costituisce il primo caso in Italia in cui un organo legislativo, seppur regionale, sia giunto ad approvare una disciplina che, nelle intenzioni, dovrebbe integrare il dettato della Corte costituzionale nelle sentenze n. 242/2019 e n. 135/2024. Per le sue caratteristiche un atto legislativo non potrebbe coprire esaustivamente ogni profilo applicativo e attuativo, ma avrebbe pur sempre bisogno di una “disciplina tecnica”, come quella espressa dalle Linee guida, per regolare gli aspetti puramente medico-sanitari della procedura. Ciononostante, la decisione di adottare una legge in materia costituisce un “atto coraggioso” da parte della Regione Toscana, un primo segnale sulla necessità di un intervento statale che garantisca maggiore uniformità nell’accesso alle procedure (possibilmente rispettoso dei “paletti” fissati dal Giudice delle leggi). Anche per questo non si può mancare di evidenziare come la legge regionale della Toscana non sia priva di passaggi “opachi”, i quali derivano dalla difficoltà di muoversi tra le pieghe di un complesso riparto di competenza legislativa tra Stato e Regioni¹¹⁰.

Pur volendo minimizzare le critiche più forti, secondo cui un intervento regionale sulle procedure di suicidio medicalmente assistito avrebbe avuto l’effetto di distrarre somme destinate all’assistenza delle persone sofferenti per finanziare prestazioni che, in mancanza della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, costituirebbero reato¹¹¹, non si può negare che il confine tra la sostanza e l’implementazione organizzativa di un diritto sia molto sottile e che sia facile scivolare da una parte o dall’altra di questo confine, invadendo una competenza riservata al legislatore statale.

Ad ogni modo, va sottolineato che nemmeno il ricorso governativo alla Corte costituzionale abbia escluso in radice la possibilità che una legge regionale possa regolare aspetti puramente organizzativi delle procedure, semplicemente avrebbe ritenuto che la discipli-

¹¹⁰Nel senso del necessario intervento del Parlamento sul fine vita anche Giuliano Amato nella sua intervista a *Repubblica* del 6 marzo 2025.

¹¹¹Per la semplice considerazione che, appunto, queste sentenze esistono e non potrebbero essere considerate *tamquam non essent*. Se abbiamo una sentenza che riconosce la non punibilità dell’aiuto al suicidio, in presenza di determinate condizioni, questo aiuto non si potrà collocare più nell’area della punibilità penale. L’eventuale giudizio di disvalore espresso su tali condotte dopo le sentenze delle Corti resta riconducibile esclusivamente alla sfera etico-morale della persona. Per la considerazione critica espressa nel testo cfr. G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull’aiuto al suicidio*, cit., p. 81.

na adottata dalla Regione Toscana sia andata oltre questo limite, investendo direttamente la sostanza del diritto.

Dal punto di vista contenutistico, va osservato che ci sono ambiti a cui la legge dedica solo rapidi passaggi, ai quali avrebbe potuto dedicare maggiore considerazione, e aspetti che non tocca minimamente, ma che non avrebbe avuto comunque la possibilità di disciplinare.

Nel primo senso va considerato il tema delle cure palliative, soprattutto in virtù dell'importanza ad esso dedicato dalla Corte costituzionale, la cui informazione costituisce una pre-condizione alla prosecuzione nell'accertamento dei presupposti per accedere alle procedure del suicidio medicalmente assistito. Muovendosi nei margini segnati dalla Corte mediante il richiamo alla l. n. 38/2010, forse la Regione avrebbe potuto soffermarsi non solo sulla regolazione di cosa "non accade" se si accetta un percorso di cure palliative – ossia che la richiesta di suicidio assistito non può proseguire – ma anche ciò che accade, cioè l'effettiva assistenza che deve essere prestata alla persona sofferente e il raccordo tra i contenuti della nuova legge e le pratiche di assistenza palliativa e di terapia del dolore già in altri contesti disciplinate. Non è casuale che le più recenti proposte legislative all'esame delle Camere dedichino particolare attenzione al profilo dell'impegno dello Stato ad assicurare un più capillare e pieno accesso a tali cure per la popolazione interessata¹¹².

Nel secondo senso va considerato il tema dell'obiezione di coscienza¹¹³, di cui, opportunamente, non si rinviene traccia nella legge toscana. Ciò dipende, ad opinione di chi scrive, in primo luogo, dalla portata letterale della sentenza n. 242/2019 che, al par. 6 Cons. diritto, specularmente al mancato riconoscimento di un diritto ad ottenere la prestazione di aiuto al suicidio, ritiene di non poter ricavare un obbligo corrispondente di doverla fornire in capo al medico e, conseguentemente, la necessità di riconosce in capo a quest'ultimo la possibilità di opporre obiezione, essendo la scelta di assistere a dette procedure totalmente volontaria¹¹⁴. Ma anche, in secondo luogo, dalla circostanza che la regolazione di un istituto come l'obiezione di coscienza, non richiamato dalla giurisprudenza costituzionale, avrebbe costituito un intervento del legislatore regionale volto a riconoscere un nuovo diritto, invadendo in questo modo la prerogativa riservata al legislatore statale nella conformazione dell'ordi-

¹¹²In particolare, il nuovo art. 3 del testo unificato presentato dai relatori di maggioranza Zanettin e Zullo il 2 luglio 2025. Vedi retro, nota 12.

¹¹³Sul quale si rinvia alle approfondite considerazioni di G. CAMPANELLI, *Obiezione di coscienza e suicidio medicalmente assistito. Esercizio di un diritto individuale o limitazione della libertà altrui*, Giappichelli, Torino, 2023. Sul tema anche C. LUZZI, *A proposito di alcune recenti tendenze dell'obiezione di coscienza. Spunti di riflessione a partire dal caso del personale sanitario coinvolto nel "fine vita"*, in *DPCE Online*, 2020, n. 3, pp. 3443 ss.

¹¹⁴Significative, su tale punto, le riflessioni offerte dal parere del Comitato Regionale di Bioetica del 14 febbraio 2020 il quale, dopo aver ricostruito il fondamento giurisprudenziale dell'assenza di un obbligo di assistenza in capo al medico, distingue le situazioni di suicidio assistito da quelle di rifiuto dei trattamenti vitali per cui «a fronte di una libertà [di rifiutare le cure] vi è, per i terzi, un dovere di non interferire, non già un obbligo di collaborare [quando la libertà intende manifestarsi nella forma del congedo dalla vita mediante suicidio assistito]».

namento civile e penale (art. 117, comma 2, lett. l), Cost.) e nella determinazione dei livelli essenziali concernenti i diritti civili e sociali (art. 117, comma 2, lett. m), Cost.).

Al netto di quegli ambiti nei quali l'intervento del legislatore regionale sarebbe sempre e comunque precluso, una sua legge in materia di fine vita si inserirebbe nelle lacune lasciate dalle pur significative decisioni della Corte costituzionale sul punto e sarebbe in grado di assicurare un minimo di uniformità in un contesto che, invece, risulta tutt'oggi frammentato alla luce delle scelte delle singole amministrazioni sanitarie¹¹⁵.

A ciò va poi aggiunto che, pur riconoscendosi una indubbia priorità del legislatore statale ad intervenire in materia (e la riconosce anche la Regione Toscana attraverso la clausola di "cedevolezza invertita"), questa non è sinonimo di un'automatica maggiore tutela dei diritti delle persone sofferenti, perché non può escludersi che gli sforzi della maggioranza politica possano portare all'elaborazione di un disegno di legge che, per certi versi, sia meno "rispettoso" dei precetti dettati dalla Corte costituzionale di quanto non lo sia stata la legge regionale toscana n. 16/2025.

¹¹⁵C. DE LUCA, *Il suicidio medicalmente assistito*, cit., p. 247.