NOMOS
Le attualità nel diritto

Quadrimestrale di Teoria generale,
Diritto pubblico comparato e Storia costituzionale

TOMMASO SPASARI *

LA TUTELA DELLA DIGNITÀ NEL FINE VITA TRA ISTANZE REGIONALI E RISERVA DI LEGGE: NOTE CRITICHE A MARGINE DELLA PRONUNCIA DELLA CORTE COSTITUZIONALE N. 204/2025**

Abstract [It]: Il saggio analizza l'articolato percorso normativo e giurisprudenziale in materia di suicidio medicalmente assistito, focalizzandosi sulla Legge della Regione Toscana n. 16/2025 e sulla successiva sentenza della Corte costituzionale n. 204/2025. In un contesto di perdurante inerzia del legislatore nazionale, l'intervento regionale toscano ha inteso declinare i principî stabiliti dalle sentenze nn. 242/2019 e 135/2024, definendo profili organizzativi e procedurali per l'accesso al fine vita.

Abstract [En]: This article analyzes the complex legal and judicial evolution of medically assisted suicide in Italy, focusing on Tuscany Regional Law No. 16/2025 and the subsequent Constitutional Court Judgment No. 204/2025. Amidst the persistent inertia of the national Parliament, the Tuscan regional legislature sought to implement the principles established by the Constitutional Court in Judgments No. 242/2019 and No. 135/2024, establishing organizational and procedural frameworks for end-of-life access.

Parole chiave: Suicidio medicalmente assistito, Riparto di competenze, Autodeterminazione, Fine vita.

Keywords: Medically assisted suicide, Allocation of powers, Self-determination, End of life.

SOMMARIO: 1. Il suicidio assistito tra evoluzione giurisprudenziale e dinamiche regionali: brevi note introduttive. – 2. Il ruolo della sensibilità etico-sociale nell'evoluzione dei diritti fondamentali. – 3. Disposizioni e profili di criticità della legge regionale toscana del 14 marzo 2025, n. 16. – 4. Il riparto di competenze legislative e le dinamiche della "cedevolezza invertita". – 5. La sentenza n. 204 del 2025: la Corte costituzionale e il nodo della regionalizzazione del fine vita. – 6. Considerazioni conclusive. L'effettività del principio di autodeterminazione tra vincoli di sistema e spinte territoriali.

* Ph.D., Professore a contratto di Biodiritto – Università degli Studi di Roma "Niccolò Cusano".
** Contributo sottoposto a *peer review*.

ISSN 2279-7238

1. Il suicidio assistito tra evoluzione giurisprudenziale e dinamiche regionali: brevi note introduttive

Il presente saggio analizza il quadro normativo ed ermeneutico delineato dalla recente giurisprudenza della Corte costituzionale e dall'attività legislativa della Regione Toscana in materia di fine vita, con specifico riguardo all'attuazione del principio di autodeterminazione quale corollario inderogabile della dignità della persona nelle fasi terminali dell'esistenza. La promulgazione della legge regionale 14 marzo 2025, n. 16, approvata dal Consiglio Regionale della Toscana aveva suscitato molti consensi e tante polemiche a livello istituzionale, in quanto la normativa regionale *de qua* era finalizzata all'attuazione dei principî enunciati dalla Corte costituzionale nelle sentenze n. 242 del 2019 [1] e n. 135 del 2024[2]. Infatti, il legislatore regionale voleva colmare la lacuna dovuta all'assenza di una legislazione nazionale sul trattamento di fine vita.

Tuttavia, il Governo ha impugnato[3] – in data 28/5/2025 con ricorso in via principale – la L.R. 16/2025 dinanzi alla Corte costituzionale, affermando la violazione del riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni in materia di ordinamento civile e penale e di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, nonché delle competenze in tema di tutela della salute e di ricerca scientifica e tecnologica, con particolare riferimento all'art. 117, comma 2°, lettere l) e m), nonché del comma 3° della Costituzione.

---

[1] Nell'ambito del controllo di costituzionalità in via incidentale, la summenzionata decisione ha introdotto la prassi del rinvio a udienza fissa, cioè un peculiare strumento di incostituzionalità accertata ma non ancora dichiarata che è stato utilizzato ufficialmente con l'ordinanza n. 207 del 2018 riguardante il fine vita (la vicenda di Dj Fabo e Marco Cappato). In altri termini, la tecnica dell'ordinanza di rinvio a data fissa è un'innovativa tecnica procedurale volta a sollecitare l'intervento del legislatore per gestire casi di estrema delicatezza politica, sociale o etica. In sostanza, il giudice delle leggi ravvisa l'incostituzionalità di una norma ma, invece di annullarla immediatamente creando un vuoto normativo, sospende il giudizio e fissa un'udienza a distanza di molti mesi, dando al Parlamento una sorta di "termine" per legiferare sulla materia. In dottrina, si vedano a questo riguardo: P. CARNEVALE, *Tre variazioni sul tema dei rapporti Corte costituzionale-legislatore rappresentativo,* in questa *Rivista*, 3/2023, spec. 25 ss.; A. RANDAZZO, *Il giudice costituzionale "legislatore": tecniche decisorie, uso dei canoni processuali, ruolo (sempre più) politicamente connotato*, in *Consulta OnLine*, 3/2025, 1576 ss.; A. RUGGERI, *Fine vita (problemi e prospettive)*, in *Consulta OnLine*, 1/2023, 114 ss.

[2] La Corte costituzionale già con l'ord. n. 207 del 2018 e successivamente con la sent. n. 242 del 2019, «ha individuato una circoscritta area di non conformità costituzionale della fattispecie» che era stata sottoposta al suo giudizio in riferimento all'art. 580 c.p. (Istigazione o aiuto al suicidio), nella parte nella quale non escludeva la punibilità del soggetto agente che – con le modalità previste dagli artt. 1 e 2, L. n. 219/2017 – «agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente» (cfr., *amplius*, Corte cost., sent. 22 novembre 2019, n. 242, pt. 2.3 del considerato in diritto), purché sia sussistente anche il prerequisito dell'antecedente inclusione del paziente richiedente medesimo in un percorso di cure palliative.

[3] Tramite ricorso n. 20, pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 28 maggio 2025, 1° Serie speciale, n. 22, il Presidente del Consiglio dei Ministri ha promosso il giudizio dinnanzi alla Corte costituzionale, investendola del compito di vagliare la legittimità della legge della Regione Toscana n. 16/2025. La trattazione del ricorso dinanzi alla Consulta si è svolta nell'udienza pubblica del 4 novembre 2025. Inoltre, vista la complessità della questione sono stati indicati ben due giudici relatori, Viganò e Antonini.

La Corte costituzionale con la pronuncia n. 204/2025 (estensori Viganò e Antonini[4]), depositata il 29 dicembre 2025, ha abilmente trovato un punto di equilibrio tra due diversi interessi contrapposti e difficilmente conciliabili. Infatti, con la sentenza n. 204 del 2025 il giudice delle leggi ha affrontato, per la prima volta in modo esplicito, il delicato nodo del riparto di competenze tra Stato e autonomie locali nell'ambito del fine vita, definendo i confini delle rispettive sfere di attribuzione legislativa in una materia ad altissima densità etica. Sebbene la Corte costituzionale abbia riconosciuto, in diverse disposizioni della normativa regionale, un'indebita interferenza nelle sfere di competenza riservate in via esclusiva al legislatore statale, tuttavia ha salvato la sostanza dell'intervento regionale toscano, finalizzato a garantire il suicidio medicalmente assistito con procedure definite.

In via preliminare, occorre osservare come il nostro ordinamento giuridico, con specifico riferimento alle dinamiche del fine vita, sia da tempo attraversato da una profonda contrapposizione dialettica tra istanze assiologiche differenti. Questa dicotomia è caratterizzata dalla necessità di assicurare l'effettività del diritto all'autodeterminazione individuale, quale espressione diretta del principio di libertà di cura sancito dall'art. 32 della Carta costituzionale, senza compromettere il concorrente obbligo dello Stato di presidiare l'inviolabilità della vita umana *ex* artt. 2 Cost. e 2 CEDU e «non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire»[5]. Questo dovere di tutelare la vita di ogni individuo, che trova il proprio fondamento sia nel principio personalista sia negli obblighi convenzionali di matrice europea, assume una connotazione di particolare cogenza laddove l'ordinamento sia chiamato a predisporre adeguate garanzie per salvaguardare soprattutto le categorie di soggetti segnati da una spiccata vulnerabilità, imponendo un bilanciamento rigoroso tra l'autonomia del singolo e il valore della vita umana. Alla luce di quanto sopra prospettato la L.R. 16/2025, in un contesto di prolungata inerzia parlamentare a livello nazionale, è stata la prima fonte normativa in Italia[6] capace di disciplinare in modo organico i requisiti, i tempi e le modalità procedurali per l'accesso al suicidio medicalmente assistito. Peraltro, la normativa regionale toscana non si è limitata a una mera declamazione di intenti, ma ha

[4] La nomina di due giudici relatori era già stata effettuata in passato nelle precedenti sentenze n. 135/2024 (relatori Franco Modugno e Francesco Viganò) e n. 66/2025 (relatori Francesco Viganò e Luca Antonini), entrambe in materia di fine vita. Altresì, va precisato che la nomina di due giudici relatori è una prassi che la Corte costituzionale ha adottato anche nel caso di altre questioni di notevole complessità tecnica o di particolare rilievo istituzionale, quindi non solo in tema del fine vita. Infatti, la doppia relazione non è soltanto una scelta metodologica, ma sovente riflette la necessità di unire competenze diverse su questioni che intersecano più rami dell'ordinamento.

[5] V., *amplius*, Corte cost., ord. n. 207/2018; ID., sentt. nn. 242/2019; 50/2022; 135/2024.

[6] In seguito anche la Regione Sardegna ha approvato la legge regionale n. 26, in data 18 settembre 2025, recante "Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019", che è stata impugnata con ricorso in via principale, pubblicato nella G.U. n. 50 del 10 dicembre 2025, e tutt'ora pendente dinnanzi alla Consulta. Peraltro, in ambito amministrativo avevano già provveduto a disciplinare le rispettive procedure anche la Regione Puglia, con una delibera della Giunta regionale risalente a gennaio 2023, nonché l'Emilia-Romagna tramite una delibera di Giunta regionale e una corrispondente determina dirigenziale del febbraio 2025, nei confronti della quale esperito ricorso davanti al TAR Emilia-Romagna, Sez. di Bologna, attualmente pendente. In dottrina si vedano: 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, 2025, 249 ss.

stabilito precise modalità organizzative finalizzate a uniformare sul territorio regionale le funzioni che la giurisprudenza costituzionale ha demandato alle aziende sanitarie locali, specialmente per quanto concerne il trattamento di fine vita dei malati affetti da patologie irreversibili[7]. Ne è scaturito un dibattito focalizzato sulla titolarità del potere legislativo regionale nel settore del fine vita e sui criteri di riparto delle competenze applicabili, interrogandosi sulla portata dei margini di manovra normativi residuati in capo ai legislatori locali dopo le pronunce della Corte costituzionale *in subiecta materia*.[8].

Infine, un altro elemento di particolare rilievo riguarda la tutela del personale sanitario, giacché l'art. 3, commi 4° e 5°, della L.R. 16/2025, garantisce infatti l'obiezione di coscienza, permettendo ai professionisti sanitari di partecipare alle commissioni multidisciplinari o di fornire supporto tecnico e farmacologico esclusivamente su base volontaria, pur inquadrando questa attività come istituzionale e dunque da svolgersi durante l'orario di lavoro.

2. Il ruolo della sensibilità etico-sociale nell'evoluzione dei diritti fondamentali

Le problematiche sottese al trattamento medicalmente assistito per il fine vita si intrecciano inestricabilmente con le concezioni più profonde dell'individuo e della sua dignità, influenzando in modo determinante l'interpretazione dei principî di autodeterminazione e di rifiuto delle cure. Infatti, la scelta di porre fine alla propria esistenza è inevitabilmente subordinata alle convinzioni personali e alle credenze religiose che

[7] La normativa regionale *de qua* è divenuta oggetto di un'accesa diatriba tra vari indirizzi dottrinali, al riguardo si vedano: G. BARCELLONA, *Tanto rumore per nulla: brevi note a margine della legge toscana del 14 marzo 2025 n. 16*, in *Consulta OnLine*, 3/2025, 1536 ss.; L. BIANCHI, *Per un inquadramento costituzionale della legge della Regione Toscana sul suicidio assistito,* in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 2/2025, 79 ss.; L. BUSATTA, *Regioni e fine vita: a proposito della legge toscana sul suicidio medicalmente assistito,* in *Osservatorio Costituzionale AIC*, 4/2025, 91 ss.; A. LO CALZO, *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*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2025, 799 ss.; S. PICCOTTI, *La legge della Regione Toscana sul suicidio medicalmente assistito,* in *Osservatorio costituzionale*, 5/2025, 5 ss.

[8] Cfr., *ex multis*, L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito,* in *Osservatorio AIC*, 3/2024, 182 ss. Infatti, l'Autrice ha formulato l'interessante ipotesi che le Regioni potrebbero procedere regolando la materia «non attraverso la legge regionale, bensì per mezzo di atti amministrativi»; C. CARUSO, *Al servizio dell'unità. Perché le Regioni possono disciplinare (con limiti) l'aiuto al suicido, in Il Piemonte delle Autonomie*, 1/2024, 8 ss.; 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*, 1/2024, 7 ss. Viceversa, hanno negato la possibilità per le Regioni di legiferare sul fine vita: A. CANDIDO, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni,* in *Consulta OnLine*, 3/2024, 989 ss.; M.G. NACCI, *Note critiche sulle iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito,* in *Il Piemonte delle Autonomie*, 1/2024, 23 ss.; L. BIANCHI, *Sulla competenza legislativa regionale in materia di fine vita,* in *Osservatorio sulle fonti*, 2/2024, 149 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*, 1/2024, 69 ss.; A. VALIANTE, *Impulsi regionali e compromessi costituzionali nel fine vita italiano,* in *Italian Papers on Federalism*, 3/2024, 513 ss. Invece, si sono dimostrati più cauti in proposito: 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*, 15/03/2025; 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, 2025, 229 ss.; nonché L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi*, in *Rivista AIC*, 1/2024, spec. 389 ss.

incidono anche sull'identità individuale, sul substrato culturale di ciascuna persona e sulla visione della qualità della vita, nonché sulla soglia di tolleranza al dolore e alla sofferenza. Si tratta di scelte frutto di un'autonoma determinazione individuale che lo Stato e la società dovrebbero rispettare senza ostacolarle *sine causa*. In tema di autodeterminazione[9] l'inizio e il fine vita rappresentano ambiti giuridici disomogenei, perciò ci si potrebbe aspettare una maggiore apertura all'autodeterminazione nel fine vita, ma la realtà normativa e culturale influenzata da fattori storici, sociali, etici e deontologici, ha portato a un approccio differente sia in Italia che in altri ordinamenti giuridici[10].

In proposito, l'intervento della Corte costituzionale con la sentenza n. 242 del 2019 ha comportato la declaratoria di incostituzionalità parziale dell'art. 580 c.p., ravvisando l'irragionevolezza nel penalizzare l'accesso al suicidio medicalmente assistito a pazienti che, versando in determinate condizioni, sono già titolari del diritto di rifiutare i trattamenti necessari alla sopravvivenza ai sensi della legge n. 219/2017. In siffatto contesto, la dottrina[11] ha evidenziato che la Corte costituzionale adotta un'interpretazione sistematica basata sull'idea di un ordinamento razionale e coerente. Difatti, la Costituzione e le leggi si influenzano reciprocamente in un processo ermeneutico circolare, dove gli atti normativi si integrano e si ridefiniscono continuamente. Quindi, il giudice delle leggi si è pronunciato *in subiecta materia* in modo diametralmente opposto rispetto alle sentenze delle Corti costituzionali tedesca, austriaca e spagnola, in quanto non ha ritenuto configurabile una "libertà positiva" di compiere atti dispositivi della propria vita, giacché nel nostro ordinamento il suicidio medicalmente assistito deve essere necessariamente correlato al rifiuto delle terapie[12] e dei relativi trattamenti di sostegno vitale. Nel panorama del diritto

---

[9] C. CASONATO, *Il Principio di autodeterminazione. Una modellistica per inizio e fine vita,* in *Osservatorio Costituzionale AIC*. A tal riguardo, l'Autore ha osservato che «si può confermare come inizio e fine-vita costituiscano ambiti non omogenei se visti dal punto di vista del rispetto del principio di autodeterminazione. In particolare, ci si sarebbe potuto attendere che il diverso assetto degli interessi da bilanciare portasse l'ambito del fine-vita (dove non emerge un interesse antagonista diretto rispetto a chi esprime la propria volontà) ad essere più aperto all'autodeterminazione personale rispetto all'inizio-vita. In realtà, per motivi complessivi di carattere storico e sociale, anche legati alla dimensione etica e alla deontologia professionale, le cose stanno in termini differenti sia in Italia sia negli altri ordinamenti considerati».

[10] V., *amplius*, M. BARLETTA, *Diritto all'autodeterminazione del paziente nelle decisioni fine vita in Europa: riflessioni a margine della sentenza Mortier c. Belgio della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo,* in *federalismi.it*, 2/2023. L'Autrice, sulla scorta della recente sentenza Mortier c. Belgio della Corte Europea dei Diritti Umani, nell'articolo considera «l'evoluzione del diritto di autodeterminazione del paziente nella giurisprudenza CEDU e degli Stati Membri in materia eutanasia e suicidio assistito. La pronuncia contiene spunti interessanti che inducono a riflettere sul ruolo dello stato e del biodiritto nel dibattito contemporaneo, confrontandosi con la possibilità che anche gruppi particolarmente vulnerabili, come i minori o le persone con grave disagio psichico, possano accedere a trattamenti fine vita».

[11] Per una considerazione ad ampio spettro sull'evoluzione della giustizia costituzionale *in subiecta materia*, si faccia riferimento a G. D'ALESSANDRO, *La Corte costituzionale e lo "strano caso" della decisione in due tempi della vicenda "Cappato-Antoniani" sull'aiuto al suicidio*, in G. D'ALESSANDRO – O. DI GIOVINE (a cura di), *La Corte costituzionale e il fine vita. Un confronto interdisciplinare sul caso Cappato-Antoniani,* Torino, 2020, 141. Si veda in particolare a tale riguardo Giovanni D'Alessandro che in riferimento agli aspetti caratterizzanti la giurisprudenza costituzionale ha avuto modo di sottolineare che «La Corte applica, nella sostanza, un criterio d'interpretazione sistematica che presuppone la *razionalità* dell'ordinamento inteso come insieme di norme, in cui sussiste una *durchgehende Korrelation* tra gli atti-documenti produttivi di norme che alimenta una *circolarità* del processo ermeneutico, in cui costituzione e leggi si *compenetrano*, concorrendo incessantemente a *riconformarsi reciprocamente*».

[12] Cfr. D. PARIS, *Dal diritto al rifiuto delle cure al diritto al suicidio assistito* (*e oltre*). *Brevi osservazioni all'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018, 493-495.

comparato la giurisprudenza italiana propone una "terza via" originale, che riconosce con estrema cautela la non punibilità dell'aiuto al suicidio, limitandola ai malati dipendenti dai supporti vitali. Pertanto, questa posizione si colloca tra il rigido contenimento giuridico di Stati Uniti e Regno Unito e l'approccio più aperto e coerente di Canada[13] e Colombia, che ammettono esplicitamente l'aiuto a morire[14].

Alla luce di quanto sopra prospettato risulta improrogabile un intervento del legislatore nazionale che introduca una disciplina *de jure condendo* capace di garantire procedure snelle e, soprattutto, uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale, scongiurando il rischio di una frammentazione normativa regionale che creerebbe inaccettabili disparità tra i cittadini. Peraltro, in considerazione della natura complessa e in continua evoluzione del dato medico-scientifico, il legislatore dovrebbe limitarsi a definire un quadro normativo generale, lasciando alla discrezionalità tecnica dei medici la valutazione specifica dei trattamenti ordinari o straordinari e del concetto di accanimento terapeutico, in modo che questi possano adattarli alle condizioni peculiari di ogni singolo paziente[15].

3. Disposizioni e profili di criticità della legge regionale toscana del 14 marzo 2025, n. 16

La legge n. 16/2025 prima della pronuncia della Corte costituzionale n. 204/2025 si articolava in nove articoli che definivano con precisione le modalità organizzative e i tempi

[13] V., *amplius*, C. GAZZETTA, *Democrazia partecipativa e governance. Le Assemblee cittadine nel diritto comparato*, Napoli, 2025, 226-227. A questo riguardo, sono di notevole rilievo le riflessioni dell'Autrice, che ha affrontato questa tematica nel succitato e volume collettaneo, osservando che «le conclusioni motivate di un'assemblea su temi eticamente sensibili (fine vita, libertà riproduttive) potrebbero essere usate dai giudici (costituzionali o ordinari) come elemento ermeneutico ausiliario? Potrebbero fornire indicazioni sulla coscienza sociale o sui valori condivisi utili per interpretare clausole costituzionali aperte o bilanciare diritti in conflitto? L'influenza sarebbe probabilmente soft, non vincolante, ma potenzialmente rilevante nel fornire contesto all'interpretazione giudiziaria. La giurisprudenza irlandese post-referendum sull'aborto potrebbe offrire spunti in tal senso». L'Autrice ritiene che queste conclusioni potrebbero anche «informare il legislatore dopo decisioni giudiziarie: quando le Corti annullano leggi per incostituzionalità ma rimettono al legislatore la definizione di una nuova disciplina (es. fine vita in Canada, Germania), un'Assemblea cittadina potrebbe essere convocata dal Parlamento per esplorare opzioni conformi ai principi stabiliti dalla Corte, nella funzione di ponte deliberativo tra giudiziario e legislativo».

[14] V. C. CASONATO, *La giurisprudenza costituzionale sull'aiuto al suicidio nel prisma del biodiritto*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2/2020, 303 ss. Infatti, l'Autore ha precisato in merito che «Da un punto di vista comparato, invece, la giurisprudenza italiana apre una terza via, inedita, che si caratterizza per un'estrema cautela nel riconoscimento della non punibilità dell'aiuto al suicidio dei soli malati sorretti da sostegno vitale; terza via che si pone fra gli approcci che hanno adottato un atteggiamento di rigido *self-restraint* (negli Stati Uniti e in Regno Unito) e quelli (canadese e colombiano) che hanno riconosciuto in termini più decisi, e coerenti, la non punibilità dell'aiuto a morire».

[15] Di particolare interesse sul tema sono le riflessioni di V. ZAMBRANO, *La questione del "fine vita" e il ruolo del giudice europeo: riflessioni a margine del caso Lambert c. Francia*, in *federalismi.it*, 1/2016, 14. In tale prospettiva, l'Autrice ha condivisibilmente affermato «non è possibile non considerare che nelle questioni inerenti il "fine vita" vi è un dato, quello medico-scientifico, che è difficilmente inquadrabile nelle "gabbie" legislative. Può, infatti, il legislatore disciplinare ogni aspetto in un settore così legato al dato medico e alle circostanze particolari di ogni caso? Appare ammissibile che esso si limiti a delineare un quadro normativo, certo magari il più possibile specifico ma pur sempre un quadro, lasciando che siano i medici a determinare quale sia un trattamento ordinario e uno straordinario o, ancora, quando la cura sfoci nell'accanimento terapeutico in base ai dati e alle conoscenze scientifiche a loro disposizione (che, lo si ricorda, si evolvono in maniera continua) e alle condizioni peculiari di ogni paziente».

certi della procedura, stabilendo un termine massimo di trentasette giorni dalla presentazione dell'istanza per la conclusione dell'*iter*, che però è stato ritenuto costituzionalmente illegittimo.

Per accedere alla procedura, la legge *de qua* richiede la presenza simultanea di quattro requisiti fondamentali già individuati dalla giurisprudenza costituzionale: la sussistenza di una patologia irreversibile; la presenza di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili; la dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e la capacità di prendere decisioni libere e consapevoli. Il concetto di "sostegno vitale", pur nella sua labilità definitoria, ricomprende secondo il giudice delle leggi non solo i ventilatori meccanici ma anche tutte quelle terapie la cui interruzione porterebbe a morte certa. La Corte costituzionale ha stabilito che in questo caso specifico la sussistenza del predetto requisito andrà accertata, caso per caso, dalla Commissione dell'azienda sanitaria locale coinvolta nella procedura. L'istanza può essere presentata ormai solo direttamente dall'interessato all'azienda sanitaria territorialmente competente, allegando la documentazione clinica ed eventualmente il nominativo di un medico di fiducia *ex* art 4, comma 2°, L.R. 16/2025.

Il fulcro operativo è rappresentato dalla Commissione multidisciplinare permanente, che sarà composta da un medico palliativista con competenze ed esperienze assistenziali, uno psichiatra, un anestesista, uno psicologo, un medico legale e un infermiere, e che verrà di volta in volta integrata da un medico specialista nella patologia di cui è ammalato il paziente che ha richiesto l'accesso al suicidio medicalmente assistito. La Commissione medesima è incaricata di accertare la veridicità dei requisiti e informare il paziente sulle alternative come le cure palliative e la sedazione profonda. Questa Commissione deve inoltre acquisire il parere del Comitato[16] per l'etica nella clinica, garantendo un ulteriore livello di controllo etico-scientifico prima di procedere all'approvazione del protocollo di attuazione. La procedura si conclude con la fornitura del supporto tecnico e farmacologico per l'autosomministrazione del farmaco letifero, fermo restando il diritto del paziente di desistere in ogni momento dall'intento suicidario.

In siffatto contesto, va precisato che in Toscana rispetto alla Svizzera si osserva una differenziazione sostanziale nelle opzioni farmacologiche adottate nel suicidio assistito, strettamente legata alla farmacocinetica dei principî attivi e alla loro reperibilità nel contesto nazionale. Infatti, nella Regione Toscana il protocollo clinico privilegia l'impiego del tiopentale sodico (Pentothal), un tiobarbiturico caratterizzato da un'elevata liposolubilità. Tale peculiarità biochimica garantisce un superamento quasi immediato della barriera emato-encefalica, inducendo uno stato di incoscienza profonda e irreversibile in tempi estremamente ridotti quando somministrato per via endovenosa in dosaggio letale. Al contrario, la prassi consolidata nelle cliniche elvetiche si fonda storicamente sull'utilizzo del sodio pentobarbital (Nembutal), un barbiturico a media-breve durata d'azione, di solito somministrato per via orale previa diluizione acquosa. La divergenza tra i due modelli non

[16] Al riguardo, per ulteriori informazioni sulle funzioni e sulla composizione di questi organismi collegiali, *amplius*, si veda L. BUSATTA, *La funzione costituzionalmente necessaria dei comitati etici*, in *Responsabilità Medica*, n. 2/2025, 230; E. FURLAN, *Comitati etici in sanità*, Milano, 2015.

risponde soltanto a criteri di efficacia clinica, ma è condizionata in modo determinante dal regime di disponibilità farmaceutica. Difatti, il sodio pentobarbital non risulta attualmente in commercio per uso umano sul territorio italiano, invece il tiopentale sodico per via della facile reperibilità si configura come lo standard d'elezione per la procedura endovenosa nei reparti di anestesia e rianimazione. Pertanto, la scelta del farmaco nei percorsi di fine vita disciplinati dalla L.R. 16/2025 riflette una sintesi tra le proprietà farmacodinamiche del principio attivo, la via di somministrazione e i protocolli operativi stabiliti dalle autorità sanitarie locali per rendere rapido e indolore il trattamento di "fine vita".

Per questi motivi, la legge toscana è stata valutata positivamente per la sua sensibilità nella tutela delle persone vulnerabili, prevedendo meccanismi atti a evitare abusi e garantire la dignità del morente. Ciononostante, l'istituzione di una Commissione non espressamente prevista dalla giurisprudenza costituzionale ha sollevato dubbi sulla competenza regionale a innovare in una materia così delicata.

4. Il riparto di competenze legislative e le dinamiche della "cedevolezza invertita"

L'esercizio della potestà legislativa da parte della Regione Toscana in materia di fine vita ha scatenato una disputa dottrinale sulla legittimità dell'intervento regionale, specialmente in ambiti che toccano diritti personalissimi e valori fondamentali del nostro ordinamento giuridico. Difatti, trattandosi di materie che incidono sulla dignità umana[17] e sulla libertà personale, esse ricadono in parte nella competenza esclusiva dello Stato ai sensi dell'art. 117, comma 2°, lettere l) e m), nonché del comma 3° della Costituzione.

Quindi, la polemica sulla L.R. 16/2025 involge questioni sistematiche concernenti la stessa forma di Stato e l'unità dell'ordinamento giuridico e politico della Repubblica, tutelati a norma dell'art. 5 Cost. Peraltro, la *vexata questio* sulla possibilità delle Regioni di legiferare in ambiti demandati alla potestà legislativa statale ha già causato nel recente passato molte controversie di fronte al giudice delle leggi[18].

Un altro punto di criticità della L.R. 16/2025 è la questione della c.d. "cedevolezza invertita"[19] in materia di legislazione concorrente, che consente l'intervento legislativo di una Regione in una materia attribuita alla sua potestà legislativa per sopperire all'eventuale inerzia statale, soltanto fino a quando tale inerzia persista. Sotto il profilo motivazionale, appare degna di nota l'assenza nella sentenza n. 204 del 2025 di qualsivoglia richiamo alla

[17] V., *amplius*, G. ARCONZO, *Il diritto a una morte dignitosa tra legislatore e Corte costituzionale,* in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 1/2023, 60 ss.

[18] Per una panoramica sul riparto di competenze si veda, *amplius*, F. LANCHESTER, *Il corpo elettorale tra recessione del principio elettivo e ruolo delle corti. Riflessioni sul caso italiano,* in questa *Rivista*, 1/2017, 1 ss. In merito, l'Autore ha osservato che «l'equilibrio costituzionale, alla cui base si pone la tradizione classica della costituzione mista e degli ordinamenti liberali e democratici, presuppone da un lato che i singoli organi costituzionali esplichino le proprie funzioni nell'àmbito delle competenze che loro vengono attribuite, dall'altro che esista un sistema di freni e contrappesi che si sostanziano anche in controlli reciproci e, nello Stato costituzionale, in un controllo giurisdizionale apposito», spec. 3.

[19] V., *amplius*, A. CANDIDO, *Vuoti normativi e strumenti di flessibilità nel sistema delle fonti: le norme regionali cedevoli*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 4/2021, 1642 ss.

"cedevolezza invertita", che non viene integrata in alcun modo nel percorso argomentativo, nonostante questa costituisse il fulcro argomentativo sia dell'impugnativa statale sia delle difese regionali. Sebbene il principio fosse stato evocato per giustificare la portata transitoria della disciplina regionale, la Consulta ha scelto di non soffermarsi sulla questione che rimane dunque estranea alla *ratio decidendi*[20]. Al riguardo, va evidenziato il vivace dibattito che si è instaurato nella dottrina[21], dato che la L.R. 16/2025 riconosce in ogni caso la propria cedevolezza rispetto a una successiva normativa statale che regoli la materia, fissandone i principî fondamentali, con la conseguenza per cui la disciplina regionale sarebbe efficace fino all'entrata in vigore di quella statale. Infatti, l'art. 2, comma 1°, della L.R. 16/2025 stabilisce «Fino all'entrata in vigore della disciplina statale, possono accedere alle procedure...», mentre l'art. 7, comma 4°, soggiunge «In ogni caso, le aziende unità sanitarie locali conformano i procedimenti disciplinati dalla presente legge alla disciplina statale». Quindi, dall'ermeneutica del testo della L.R. 16/2025 si evince che si tratta di una norma cedevole, la cui efficacia verrebbe meno al momento dell'eventuale approvazione di una normativa nazionale *in subiecta materia*.

Giova precisare, a tal proposito, che la cedevolezza invertita costituisce ormai *jus receptum* nella giurisprudenza costituzionale, ma purché ci siano determinati presupposti che in questo caso sembrano mancare. Sul punto, il giudice delle leggi aveva in precedenza affermato che «l'intervento che il legislatore regionale può anticipare nell'inerzia del legislatore statale attiene pur sempre (e soltanto) a materie di competenza concorrente della Regione»[22]. Altresì, la L.R. 16/2025 ha generato ulteriori conflitti sistematici[23] e interpretativi in dottrina[24] finanche sotto questo controverso profilo, in quanto alcuni detrattori degli interventi normativi regionali *in subiecta materia*, hanno sostenuto che questa regionalizzazione del fine vita porterebbe a una eccessiva frammentazione territoriale. Viceversa, altra parte della dottrina[25] ritiene che il suicidio assistito sia un atto finalizzato a

---

[20] Va osservato come la Consulta abbia però fatto riferimento alla questione nella precedente sentenza n. 196/2025, precisando che «il richiamo alla "cedevolezza invertita", intesa quale generale potere delle regioni, nelle materie di potestà legislativa concorrente, di dettare una disciplina di principio surrogatoria di quella statale, non ha fondamento costituzionale», soggiungendo che seguendo una diversa linea interpretativa, si perverrebbe alla configurazione di un di «un principio costituzionale implicito recante una deroga al riparto delle competenze legislative delineate dall'art. 117 Cost.».

[21] Cfr. S. CECCANTI, *La Legge Toscana sul fine vita spinge il Governo a un bivio insidioso,* in *Il Quotidiano del Sud*, 12/02/2025. Difatti, l'Autore ha più volte ribadito a questo riguardo l'aspetto della cedevolezza della norma regionale in rassegna.

[22] V. Corte cost., Sentenza n. 1 del 2019, punto 4.1.3 in diritto, in *One Legale*.

[23] V. A. RUGGERI, *A proposito di (impossibili?) discipline legislative regionali adottate in sostituzione di discipline statali mancanti (nota a Corte cost. n. 373 del 2010)*, in *federalismi.it*, 1/2011, 2. Particolarmente eloquente, al riguardo, è un illuminante passaggio dell'Autore che ha osservato «l'intervento regionale nella "materia" sua propria (il "di più" rispetto al livello fissato dallo Stato) presuppone – in questa peculiarissima "materia" –, di tutta evidenza, il previo intervento statale (non si può portare più in alto ciò che... *non c'è*)».

[24] V., *amplius*, O. SPATARO, *Lo statuto giuridico del fine vita tra giurisprudenza costituzionale e legislazione regionale*, in *Dirittifondamentali.it*, 1/2025, 244. Infatti, l'Autrice ha asserito che «non paiono fondate le affermazioni di coloro che escludono la possibilità di interventi normativi a livello regionale, sostenendo che ne deriverebbe una insostenibile frammentazione territoriale della disciplina sul fine vita».

[25] G. RAZZANO, *La legge della regione Toscana sul suicidio assistito,* cit., 569. Al riguardo, l'Autrice ha affermato che «l'intervento legislativo della regione Toscana in tema di suicidio assistito può ritenersi costituzionalmente illegittimo non solo ove si consideri che la questione attiene all'*ordinamento civile e penale*, ma anche ove si voglia fingere che la

procurare la morte e non a curare il paziente, perciò ha affermato che la normativa regionale sarebbe incostituzionale sia per motivi di competenza legislativa che per la natura stessa del suicidio assistito rispetto al concetto di tutela della salute.

5. La sentenza n. 204 del 2025: la Corte costituzionale e il nodo della regionalizzazione del fine vita

La pronuncia della Corte costituzionale n. 204 del 2025 affronta il nodo – complesso e non privo di zone d'ombra – della regionalizzazione del fine vita[26], ponendosi come un tassello fondamentale nel faticoso e impervio percorso di riconoscimento e regolamentazione del diritto all'autodeterminazione terapeutica nelle fasi terminali dell'esistenza. Infatti, come aveva già precisato anche l'Avvocatura Generale dello Stato[27], la materia in oggetto verte – in parte – su ambiti che la Costituzione ha riservato alla competenza esclusiva del legislatore statale[28], previsti dall'art. 117, comma 2°, Cost., lett. m), per quanto concerne i livelli essenziali delle prestazioni inerenti ai diritti civili e sociali, nonché lett. l) cioè l'ordinamento penale, giacché riguarda l'applicazione dell'art. 580 c.p. e l'ordinamento civile per quanto attiene all'art. 5 cod. civ., che vieta gli atti di disposizione del proprio corpo. Quindi, l'intervento del giudice delle leggi si è focalizzato sulla legittimità costituzionale della legge della Regione Toscana 14 marzo 2025, n. 16, la quale ambiva a fornire una cornice procedurale e organizzativa per l'accesso al suicidio medicalmente assistito all'interno delle strutture del servizio sanitario regionale. In un contesto caratterizzato dalla persistente inerzia del legislatore nazionale, la decisione della Corte costituzionale si è mossa su un crinale sottilissimo, cercando di preservare gli spazi di autonomia regionale in materia di tutela della salute nel rispetto del perimetro riservato alla normazione nazionale, senza tuttavia comprimere la potestà esclusiva dello Stato nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni e nelle relative scelte di sistema.

Pertanto, la Corte costituzionale con la sentenza n. 204/2025 ha trovato un punto di equilibrio tra due diversi interessi contrapposti e difficilmente conciliabili. Infatti, la L.R.

---

questione attenga solo ed esclusivamente alla materia concorrente della *tutela della salute*, laddove, oltretutto, si è dinanzi ad un atto diretto non già a curare, ma a procurare la morte, e che, per la sua irriducibile disomogeneità rispetto agli atti propriamente terapeutici, a maggior ragione richiederebbe - ove dal legislatore ritenuta opportuna - la determinazione dei principi fondamentali da parte dello Stato».

[26] Per una panoramica sull'argomento si veda F. GABRIELE, *La corte costituzionale riscrive la legge sul regionalismo differenziato e la sottrae al referendum abrogativo,* in questa *Rivista*, 2/2025.

[27] L'Avvocatura Generale dello Stato ha già reso un parere in senso contrario a questo riguardo in data 15 novembre 2023, su una richiesta dalla regione Friuli-Venezia Giulia inoltrata in data 7 novembre 2023. Nel predetto parere, si è fatto riferimento alla recente giurisprudenza costituzionale inerente alle pronunce n. 75 e n. 228 del 2021; n. 169 del 2017; n. 262 del 2016; n. 338 del 2003; nonché n. 282 del 2002.

[28] Si vedano su questa tematica i saggi in materia di legislazione regionale del costituzionalista G. D'ALESSANDRO, *Forma dat esse rei, ovvero quand'è che può parlarsi di "legge" e di legge "nulla-inesistente",* in *Giurisprudenza costituzionale*, 2/2011, 1698 ss.; ID., *Una "mera parvenza" di legge regionale al giudizio della Corte costituzionale,* in *Giurisprudenza costituzionale*, 6/2010, 5092 ss.; ID., *Istituzioni e territorio,* in *Nuova rassegna di legislazione, dottrina e giurisprudenza*, 6/2007, 564 ss.; ID., *Disapplicazione di legge regionale e sindacabilità di atti giurisdizionali nei conflitti intersoggettivi,* in *Le Regioni*, 5/2004, 1151 ss.

16/2025 aveva praticamente recepito i principî enunciati nelle sentenze n. 242/2019 e n. 135/2024[29], colmando il vuoto normativo, quindi la dichiarazione di illegittimità costituzionale avrebbe eliminato qualunque regolamentazione in tale ambito. Perciò, la Corte costituzionale non ha accolto le richieste statali finalizzate a ottenere la dichiarazione di incostituzionalità dell'intera legge regionale n. 16/2025 ma, viceversa, ha riconosciuto che le Regioni, nell'esercizio della potestà legislativa concorrente nell'ambito della tutela della salute, non devono necessariamente attendere un intervento organico del legislatore statale[30], ma possono dettare norme di carattere organizzativo e procedurale. Tale potestà è prevista anche dall'art. 1, comma 3°, *ex lege* n. 131/2003, che dispone «[n]elle 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». In siffatto contesto, la Corte costituzionale ha ammesso l'esercizio della potestà legislativa regionale anche in assenza di una legge cornice, ricavando i principî fondamentali dalla legislazione vigente. In tale prospettiva, occorre domandarsi se sia possibile annoverare tra le fonti da cui trarre detti principî anche le pronunce della stessa Consulta. Sulla questione avrò modo di tornare fra un momento.

La decisione in rassegna ribadisce quindi che il principio di leale collaborazione e l'esigenza di garantire i diritti fondamentali dei pazienti permettono un intervento regionale[31] finalizzato a disciplinare le modalità con cui il servizio sanitario locale deve farsi carico delle istanze di aiuto al suicidio, purché tali norme non pretendano di istituire nuovi diritti o di modificare i requisiti sostanziali già definiti a livello statale o costituzionale. Difatti, la Consulta a questo riguardo ha escluso la sussistenza di un *vulnus* alla competenza legislativa statale esclusiva in materia di ordinamento civile *ex* art. 117, comma 2°, lett. l, Cost., giacché la legge regionale *de qua* non istituisce nel territorio della «Regione Toscana un diritto che in altre regioni non è riconosciuto, come invece era accaduto per effetto delle disposizioni delle leggi regionali annullate con le sentenze n. 253 del 2006 e n. 262 del 2016, ma mira dichiaratamente a disciplinare nel dettaglio le modalità per l'attuazione di garanzie e procedure, i cui tratti essenziali – uniformi in tutto il territorio nazionale – già si

[29] Per una panoramica sulla pronuncia n. 135/2024, si vedano in dottrina: 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*, 3/2024, 907 ss.; A. PUGIOTTO, *Caso Cappato-bis: l'altra faccia della sent. n. 135/2024,* in *Quaderni costituzionali*, 4/2024, 898 ss. Invece, per quanto concerne i commenti alla sent. n. 66/2025 si vedano: M. FASAN, *Una disciplina in cerca d'autore. Le scelte di fine vita nel dialogo tra Corte costituzionale e Legislatore* (*nota a Corte costituzionale, sentenza n. 66 del 2025*), in *Osservatorio costituzionale*, 5/2025, 134 ss.; F. CEMBRANI, *Notazioni medico-legali intorno alla sentenza della Corte costituzionale n. 66 del 2025 e ai casi clinici ad essa sottesi,* in *Corti Supreme e Salute*, 3/2025, 949 ss. Viceversa, per la decisione n. 132/2025 si faccia riferimento a 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*, 3/2025, 29 ss.; F. PIERGENTILI, A. RUGGERI, F. VARI, *Verso l'introduzione dell'eutanasia ope iudicis*? (*Note minime a margine di un'abnorme questione di legittimità costituzionale*), in *dirittifondamentali.it*, 2/2025, 36 ss.

[30] Cfr., Corte cost., sent. n. 204/2025, punto 2 del considerato in diritto.

[31] Tuttavia, Corte cost., sent. n. 282/2002, anch'essa inerente all'ambito sanitario, aveva sottolineato che: «La legislazione regionale concorrente dovrà svolgersi nel rispetto dei principî fondamentali comunque risultanti dalla legislazione statale già in vigore». In dottrina, si veda 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 del Gruppo di Pisa*, 1/2023, spec. 109-110.

rinvengono nell'ordinamento vigente alla luce delle sentenze di questa Corte n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024»[32].

Inoltre, la sentenza suddetta ha chiarito che l'intervento normativo regionale persegue l'obiettivo di regolare in maniera omogenea il supporto garantito dal servizio sanitario regionale a quei soggetti che, versando nelle condizioni già delineate dalla giurisprudenza costituzionale, esprimano la volontà di accedere al fine vita "dignitoso" tramite il suicidio medicalmente assistito. In proposito, va precisato che la L. n. 833/1978, prevede che le aziende sanitarie locali debbano pure provvedere «agli accertamenti, alle certificazioni ed a ogni altra prestazione medico-legale spettanti al servizio sanitario nazionale».

Sotto il profilo del riparto di competenze, la Consulta ha rilevato l'insussistenza di profili di incostituzionalità riguardo all'art. 117, comma 2, lett. l), Cost., chiarendo che la legge regionale toscana non incide sulla struttura precettiva dell'art. 580 c.p. né sulle relative esimenti. L'intervento legislativo regionale, infatti, non realizza una "novazione della fonte" né altera le fattispecie di reato perciò non si ravvisa alcuna interferenza con la potestà punitiva statale, poiché la disciplina in esame non introduce effetti sanzionatori aggiuntivi derivanti da reato né modifica le condizioni di non punibilità stabilite dal precedente giurisprudenziale della sentenza n. 242 del 2019[33]. Invece, il bilanciamento tra i diritti fondamentali e le sanzioni penali non ammette specifici interventi regionali di natura suppletiva, poiché la definizione dei presupposti di liceità di condotte penalmente rilevanti deve restare circoscritta nell'ambito di una cornice legislativa unitaria e nazionale.

La Corte costituzionale ha però riconosciuto, in diverse disposizioni della normativa regionale, un'indebita interferenza nelle sfere di competenza riservate in via esclusiva al legislatore statale. In particolare, è stata sancita l'incostituzionalità dell'art. 2, il quale definiva i criteri di accesso al suicidio medicalmente assistito attraverso il rinvio formale ai precedenti giurisprudenziali costituzionali. A questo riguardo, secondo il giudice delle leggi, tale previsione eccede i limiti della potestà regionale, invadendo la materia dell'ordinamento civile e penale. Difatti, alle Regioni non è consentito recepire e consolidare all'interno di fonti proprie i principî giurisprudenziali e ordinamentali, soprattutto qualora si tratti di ambiti in attesa di una disciplina statale organica.

La pronuncia in esame introduce un elemento di riflessione destinato a generare un ampio dibattito dottrinale, laddove suggerisce che il quadro legislativo vigente, da cui attingere i principî fondamentali della materia, debba essere interpretato sistematicamente attraverso il prisma delle sentenze costituzionali. Tale impostazione parrebbe prefigurare

[32] *Ibidem*, Corte cost., sent. n. 204/2025, punto 2.5 del considerato in diritto.

[33] In tal senso, v. Corte cost., sent. n. 204/2025, cit., punto 2.4 del considerato in diritto. Tuttavia, tale impostazione diverge dalle conclusioni del CENTRO STUDI DIRITTO E SANITÀ DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA, *Confini della legalità nel fine vita: la legge regionale Toscana n. 16/2025 e la riserva di legge in materia penale*, che si era pronunciato in senso contrario sostenendo che «le previsioni regionali che stabiliscono requisiti, tempi, organi competenti o modalità tecniche per accedere alla morte medicalmente assistita non potrebbero essere qualificate come meri strumenti organizzativi o attuativi: esse si atteggiano piuttosto come fattori condizionanti l'operatività di una causa di non punibilità, contribuendo così a definire i confini stessi del penalmente lecito». V., *amplius* all'URL: https://dirittoesanita.unipv.it/aree-di-ricerca/fine-vita-legge-regionale-toscana-riserva-di-legge-materia-penale.kl

un onere di interpretazione conforme *ante litteram*, operante già nella fase di individuazione dei principî cardine del settore[34].

La questione riveste un rilievo fondamentale, poiché la Corte costituzionale sembra negare la possibilità di integrare nella legislazione regionale la propria giurisprudenza in funzione sussidiaria o suppletiva rispetto alla perdurante inerzia del legislatore statale. Questo approccio appare non del tutto coerente con l'orientamento espresso nella precedente sentenza n. 135 del 2024, che parte della dottrina[35] aveva invece interpretato come un riconoscimento della valenza quasi normativa delle decisioni costituzionali, equiparate per certi versi sotto il profilo dell'efficacia agli atti aventi forza di legge. Invece, la Corte costituzionale preclude alle Regioni la facoltà di cristallizzare nei propri statuti o leggi quei principî ordinamentali emersi in uno specifico contesto storico, sottolineandone peraltro la natura potenzialmente transitoria e soggetta a futura evoluzione[36].

Peraltro, questa esplicita ammissione sulla mutabilità dei principî già consolidati, in attesa di un intervento del Parlamento, sembra preludere a una possibile futura revisione del quadro delineato con la nota sentenza Cappato o almeno ne mina la stabilità nel tempo[37]. Si profila, dunque, il rischio concreto di un'auto-delegittimazione dell'organo di garanzia costituzionale[38], laddove la storicizzazione delle proprie massime finisce per indebolire l'architettura dei requisiti sostanziali e procedurali faticosamente definiti per l'accesso alle pratiche suicidarie. In ultima analisi, emerge un'aporia logica difficilmente risolvibile, difatti non appare chiaro perché i principî ordinamentali enunciati dalla Corte costituzionale debbano costituire un vincolo obbligatorio per la legislazione nazionale e non possano, invece, rappresentare un parametro di riferimento legittimo per l'attività normativa

[34] In altri termini, la Corte costituzionale equipara le proprie decisioni a una sorta di disposizioni pretorie aventi valore di legge, affermando che «I principi fondamentali della materia relativi alla disciplina delle procedure di accesso al suicidio medicalmente assistito si possono desumere dalla legislazione statale vigente, letta alla luce delle sentenze di questa Corte». Cfr., Corte cost., sent. n. 204/2025, cit., punto 2.2 del considerato in diritto.

[35] Cfr., *amplius*, G. ATZORI, *La Corte costituzionale "allo specchio": Cappato II e il giudizio di costituzionalità sui propri precedenti. Quali coordinate minime?*, in *federalismi.it*, 22/2025, spec. 69 ss.

[36] La Consulta ha ravvisato nel richiamo alle proprie precedenti pronunce «una novazione dei principî ordinamentali in esse contenuti, che produce l'effetto di definire nella legislazione regionale, irrigidendoli, i requisiti per l'accesso al suicidio assistito e, indirettamente, i contorni dell'esimente all'art. 580 cod. pen. così come individuata dalle sentenze di questa Corte. Secondo la consolidata giurisprudenza costituzionale, la novazione delle fonti in materia civile e penale non è consentita al legislatore regionale e si risolve in una violazione delle competenze statali di cui all'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost.», soggiungendo che «L'invasione della competenza legislativa statale si rileva già solo in presenza di una novazione delle fonti, che nel tempo sono suscettibili di modificazioni e integrazioni», Corte cost., sent. n. 204/2025, cit., punto 4 del considerato in diritto, *passim*. Sulla novazione delle fonti si vedano, *ex multis*, Corte cost., sent. nn. 35/2011; 234/2017; 153/2021; 239/2022 e 69/2024.

[37] G. ATZORI, *La Corte giudica sé stessa. Note a margine della sentenza n. 161 del 2023 sull'irrevocabilità del consenso maschile alla PMA*, in *Consulta OnLine*, 2/2024, spec. 770 ss.

[38] Cfr., *amplius*, A. RUGGERI, *La "regionalizzazione" della disciplina del fine-vita: un bicchiere mezzo pieno per le fonti di autonomia e mezzo vuoto per la Costituzione* (*a prima lettura di Corte cost. n. 204 del 2025*), Editoriale del 3 gennaio 2026, in *Consulta Online*. Al riguardo, l'Autore sottolinea che: «Si ammette che possano costituire oggetto di ripensamento i "principi ordinamentali" così come già rilevati dalla giurisprudenza pregressa; la qual cosa potrebbe preludere ad una sorta di prossima "manutenzione" dei principi fissati in Cappato o, quanto meno, non esclude che ciò possa aver luogo. Stando così le cose, il rischio di un'auto-delegittimazione da parte della stessa Corte non mi parrebbe, per vero, essere peregrino», spec. 3.

regionale, specialmente in un contesto di perdurante lacuna del diritto positivo[39]. Occorre, tuttavia, distinguere la questione dell'equiparazione tra legge e sentenza rispetto a quella del recepimento dei principî nella legislazione regionale. Le due problematiche si muovono su piani diversi, imponendo di non confondere la natura della fonte (legislativa o giurisprudenziale) con la facoltà del legislatore regionale di trarre da esse i parametri di riferimento della propria normazione. Il punto focale non risiede, dunque, nella valenza dei parametri, quanto piuttosto nella morfologia dell'operazione di recepimento, che non permette di incorporare *sic et simpliciter* le sentenze della Corte costituzionale all'interno della normativa regionale.

La dottrina[40] ha sottolineato che la Consulta, investita per la prima volta del compito di dirimere – nell'ambito del giudizio di legittimità costituzionale – il conflitto di competenze tra Stato e Regioni in tema di fine vita, ha avallato la legittimità di interventi regolativi di fonte regionale. Perciò, tali interventi sono stati ritenuti funzionali a garantire l'effettività dei presupposti e delle procedure per l'accesso al suicidio medicalmente assistito, in ossequio al quadro regolatorio delineato dalla medesima giurisprudenza costituzionale.

Tuttavia, a mio avviso, il riconoscimento dell'autonomia regionale in materia di fine vita, sebbene sancisca il diritto degli enti territoriali a disciplinare i profili organizzativi, emerge dalla sentenza n. 204 del 2025 in una forma sensibilmente attenuata. La Corte costituzionale ha infatti delineato un perimetro d'azione rigoroso, precludendo alle Regioni la possibilità di ricorrere in via sussidiaria alla giurisprudenza costituzionale, di surrogarsi al legislatore statale nella definizione dei principî fondamentali – orientamento confermato anche dalla sentenza n. 196 del 2025 – e di incidere, seppur indirettamente, sulla portata sostanziale dei diritti coinvolti. La legittimazione dell'intervento regionale sposta dunque il confronto sul piano della micro-progettazione normativa, dove la distinzione tra ambiti di competenza statale e regionale si fa incerta[41], specialmente a causa dell'estensione potenzialmente onnicomprensiva delle materie dell'ordinamento civile e penale.

L'analisi della decisione rivela una complessità interpretativa nel distinguere tra norme di dettaglio, attratte dalla competenza regionale, e principî fondamentali o ordinamentali di spettanza statale giacché questa dicotomia appare spesso evanescente e rimessa alla discrezionalità del giudice delle leggi. Nel caso di specie, mentre le disposizioni riguardanti l'assistenza volontaria del personale sanitario sono state ricondotte ai principî fondamentali, altre norme relative al comitato per l'etica clinica e alle modalità attuative sono state

[39] V., *amplius*, L. BUSATTA, *Regioni e fine vita: a proposito della legge toscana sul suicidio medicalmente assistito*, cit. In proposito, l'Autrice aveva sottolineato che «l'attenzione del legislatore è rivolta ad evitare di ripetere passaggi testuali della sentenza, preferendo ad essi i rinvii, come nel caso dell'indicazione dei requisiti d'accesso al suicidio medicalmente assistito», spec. 96.

[40] Cfr., *amplius*, D. SERVETTI, C. TRIPODINA, in *Il Forum. Fine vita tra Stato e Regioni,* in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 2/2025, spec. 255 ss.

[41] V., *amplius*, Corte cost., sent. n. 245/2021: «La competenza legislativa concorrente non è contraddistinta da una netta separazione di materie, ma dal limite mobile e variabile costituito dai principî fondamentali, limite che è incessantemente modulabile dal legislatore statale sulla base di scelte discrezionali, ove espressive di esigenze unitarie sottese alle varie materie». In dottrina si veda D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio costituzionale*, 1/2018, 1 ss.

salvaguardate come disposizioni di dettaglio. Al contrario, i profili inerenti alla rappresentanza legale del paziente tramite la nomina di un delegato sono stati censurati per violazione della competenza esclusiva statale in materia di ordinamento civile, evidenziando in tal guisa criteri di selezione e di distinzione tra le varie previsioni normative regionali non sempre agevolmente ricostruibili sotto il profilo della coerenza sistematica.

Infatti, è stato dichiarato costituzionalmente illegittimo anche l'articolo 4, comma 1° – limitatamente alle parole "o un suo delegato" – della suddetta norma regionale, nella parte in cui faceva espressamente riferimento al delegato per la presentazione dell'istanza, riconoscendo una palese incongruenza con la legge 219 del 2017 che, viceversa, collega strettamente il percorso di autodeterminazione alla volontà diretta e personale del paziente[42]. Altresì, la Corte costituzionale con la declaratoria di incostituzionalità della nomina del delegato ha rigettato l'estensione dell'area di non punibilità a questa ipotesi, ribadendo la centralità del requisito dell'autonoma e attuale capacità di autodeterminazione del paziente. Alla luce di tale pronuncia si palesa quindi l'invalidità *sub nomine juris* di una eventuale delega a terzi, inserita nelle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) *ex* art. 4, L. n. 219/2017, con la conseguente inapplicabilità della procedura per il suicidio assistito ai soggetti in stato vegetativo permanente[43].

In senso analogo, è stata ritenuta costituzionalmente illegittima la fissazione di termini procedimentali perentori nonché le previsioni dell'art. 5, commi 1, 4, secondo periodo, e 5; nonché dell'art. 6, commi 1, secondo periodo, 5, secondo periodo, e 6, in quanto lesivi della riserva statale in materia di ordinamento civile per mancanza di uniformità nazionale, in ragione del loro contrasto con l'essenza stessa dell'alleanza terapeutica[44]. Difatti, la rigidità delle tempistiche regionali sancite *ope legis* avrebbe impedito alla Commissione multidisciplinare di espletare tutti quegli approfondimenti diagnostici e clinici indispensabili per offrire alternative concrete, quali cure palliative[45] e supporto psicologico, potenzialmente in grado di revocare la volontà suicidiaria. Inoltre, la pronuncia della Corte costituzionale – escludendo che la fissazione dei termini per la procedura del suicidio medicalmente assistito rientri nella competenza regionale – si pone per certi versi in antitesi con l'orientamento di parte della dottrina[46], la quale riteneva che le Regioni potessero esercitare la propria competenza legislativa in materia di fine vita tramite norme di organizzazione e procedura. Difatti, la Consulta ascrive alla competenza statale la determinazione di quelle disposizioni che, benché attinenti al profilo amministrativo-gestionale, fungono da presidio indispensabile per garantire un corretto bilanciamento tra i

[42] V. Corte cost., sent. n. 204/2025, cit., punto 6 del considerato in diritto: «Ciò, del resto, appare coerente con la necessità di assicurare che la decisione di congedarsi dalla vita sia presa direttamente dalla persona, che deve avere la piena capacità di assumere decisioni libere e consapevoli».

[43] Per una panoramica sulle disposizioni anticipate di trattamento si veda G. RAZZANO, *La legge 219/2017 su consenso informato e DAT, fra libertà di cura e rischio di innesti eutanasici*, Torino, 2019.

[44] In dottrina, si veda, *amplius*, R. BALDUZZI, *L'alleanza terapeutica può includere l'aiuto a morire?* , in *Corti Supreme e Salute*, 1/2019, 182 ss.

[45] Cfr., *amplius*, A. CANDIDO, *Fine vita, cure palliative, dignità: tra equilibri istituzionali (da ricercare) e conflitti di competenza (da risolvere),* in *Osservatorio sulle fonti*, 2/2025, 414, nt. n. 100.

[46] P.F. BRESCIANI, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita,* cit., 243.

delicati interessi sostanziali in gioco nel complesso ambito del fine vita. Pertanto, benché solitamente la determinazione dei termini procedimentali competa all'ente titolare della funzione, nel caso del suicidio assistito invece esula dalla sfera regionale ricollocandosi nella competenza statale concorrente, relativa ai principî inderogabili della tutela della salute *ex* art. 117, comma 3°, Cost. Questo principio enunciato dalla giurisprudenza costituzionale è rilevante per la legislazione regionale nel contesto di riferimento e pone seri dubbi sulla legittimità costituzionale di altre normative regionali similari – come la L.R. sarda n. 26/2025 che all'art. 4 stabilisce la tempistica delle fasi procedimentali in modo analogo alla L.R. 16/2025 – tuttora in attesa di scrutinio di legittimità da parte della Consulta.

Sotto il profilo organizzativo, è stata dichiarata l'incostituzionalità anche dell'art. 7, commi 1°, 2°, primo periodo, e 3°, L.R. 16/2025 riguardante l'obbligo imposto alle aziende sanitarie di garantire il supporto tecnico e farmacologico. La Corte costituzionale ha ritenuto che questa previsione non si configurasse come un semplice dettaglio attuativo, quanto piuttosto come un'indebita determinazione di principî fondamentali in materia di tutela della salute. Tuttavia, nella precedente pronuncia n. 132 del 2025, il giudice delle leggi aveva ribadito che la persona che possiede i requisiti specifici previsti dalla giurisprudenza costituzionale «ha diritto di essere accompagnata dal Servizio sanitario nazionale nella procedura di suicidio medicalmente assistito, diritto che, secondo i principî che regolano il servizio, include il reperimento dei dispositivi idonei, laddove esistenti, e l'ausilio nel relativo impiego»[47]. Per altro verso, va precisato che i pazienti in fase terminale[48] hanno anche diritto, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38, all'erogazione delle cure palliative, finalizzate a lenire le sofferenze e a «salvaguardare il precipuo valore della dignità umana»[49].

Nondimeno, la Corte costituzionale ha sottolineato – in riferimento all'erogazione del trattamento – che nel suicidio medicalmente assistito, a differenza dell'eutanasia attiva o dell'omicidio del consenziente, non si configura un'attività prestazionale di tipo continuo da parte del medico perché l'atto finale di autosomministrazione rimane in capo al paziente. Pertanto, la nozione di erogazione e la sua relativa sospensione risultano tecnicamente incompatibili con la tipologia della fattispecie che, invece, prevede unicamente l'assistenza dei sanitari a un gesto autonomo del richiedente[50].

Altresì, la Regione Toscana si è fatta interamente carico della procedura di suicidio medicalmente assistito, sostenendo i relativi oneri finanziari interamente con il proprio bilancio regionale. Pertanto, è garantita *ex* art. 8 della L.R. 16/2025 la completa gratuità delle prestazioni e dei trattamenti effettuati dal servizio sanitario regionale nell'ambito del correlato percorso "terapeutico-assistenziale" di fine vita. Con riferimento a tale profilo, però, la sentenza n. 204/2025 ha ritenuto costituzionalmente illegittimo il riferimento ai

[47] Cfr. Corte cost., sent. 25 luglio 2025, n. 132, punto 4.2 del considerato in diritto. In dottrina, si veda M. ESPOSITO, *"Morte a credito": riflessioni critiche sul c.d. diritto al suicidio assistito*, in *federalismi.it*, 14/2024, 115 ss.

[48] G. RAZZANO, *La legge della regione Toscana sul suicidio assistito,* cit., 572. L'Autrice ha affermato che «non può riconoscersi né la presenza di una previa norma impositiva di obblighi, né di un diritto costituzionale ad ottenere l'assistenza a morire».

[49] In argomento, sia consentito rinviare a T. SPASARI, *Eutanasia. Profili giuridici e medico–legali*, Roma, 2003, 248.

[50] Corte cost., sent. n. 204/2025, cit., punto 8.4 del considerato in diritto.

livelli assistenziali ulteriori, evidenziando un'ingerenza indebita nella definizione dei livelli essenziali di assistenza, la cui individuazione è attribuita alla competenza legislativa statale per garantire l'uguaglianza dei diritti sociali sul territorio. Infatti, la Regione Toscana aveva qualificato il suicidio medicalmente assistito come una prestazione di livello superiore rispetto ai normali livelli essenziali di assistenza (LEA), ma questa formulazione è stata successivamente censurata dal giudice delle leggi per violazione dell'art. 117, comma 2°, lett. m). Questa impostazione, difatti, aveva suscitato un intenso dibattito dottrinale[51], fondato sull'ipotesi che la Regione avesse esorbitato dalle proprie competenze legislative, interferendo anche con la riserva di legge statale in materia di unità giuridica ed economica [52] della Repubblica, di cui all'articolo 120, comma 2°, Cost.

Sebbene parte della giurisprudenza amministrativa[53] avesse in passato ipotizzato il potere regionale di riconoscere prestazioni aggiuntive, la Corte costituzionale ha più volte ribadito che le Regioni non possono arrogarsi funzioni normative riservate in via esclusiva allo Stato per quanto riguarda la determinazione dei diritti civili e sociali[54].

Sotto tale profilo, il giudice delle leggi nella pronuncia n. 204/2025 ha precisato che la legge regionale n. 16/2025 non aggiunge «alcun nuovo livello essenziale di assistenza, né modifica la corrispondente disciplina statale. Ciò che alla legislazione regionale deve ritenersi precluso è stabilire essa stessa che cosa rientri e che cosa non rientri nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, trattandosi all'evidenza di materia riservata alla competenza legislativa esclusiva dello Stato»[55].

Purtuttavia, questa tecnica del ritaglio normativo utilizzata nella pronuncia qui in rassegna, che seziona singoli frammenti all'interno dei medesimi enunciati, solleva interrogativi sulla stabilità del sistema delle fonti e sulla certezza del diritto. Se da un lato l'evitare soluzioni nette e trancianti preserva un delicato equilibrio tra decisori politici locali e Corte costituzionale, dall'altro la dichiarata mutabilità dei principî ordinamentali rischia di

---

[51] Di particolare interesse su questa tematica le riflessioni di G. RAZZANO, *La legge della regione Toscana sul suicidio assistito*, cit., 560 ss.

[52] V., *amplius*, Corte cost., Sentenza n. 192 del 2024, punto 14, in *One Legale*.

[53] Cfr. Consiglio di Stato, Sez. III, 3297/2016, in *One Legale*. La III Sezione del Consiglio di Stato si era espressa in senso contrario all'orientamento della giurisprudenza costituzionale, affermando che «la Regione ha il potere di riconoscere prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto ai L. E. A.». Purtuttavia, nella predetta sentenza i giudici di palazzo Spada stavano decidendo sulle modalità esecutive della procreazione medicalmente assistita eterologa autorizzata dalla Regione Lombardia, perciò questa costituiva già di per sé una procedura qualificata come prestazione sanitaria.

[54] V. Corte cost., n. 248 del 2006, punto 4.1 in diritto, in *One Legale*. La Consulta nella pronuncia predetta aveva precisato che «le leggi regionali non possono pretendere di esercitare una funzione normativa riservata in via esclusiva al legislatore statale», ma che le Regioni hanno la potestà di «sviluppare ed arricchire il livello e la qualità delle prestazioni garantite dalla legislazione statale, in forme compatibili con quest'ultima».

[55] Cfr. Corte cost., sent. n. 204/2025, cit., punto 2.6 del considerato in diritto. In riferimento ai LEA si veda anche la sentenza n. 192/2024 nella quale la Consulta ha precisato che: «Il nucleo minimo del diritto è un limite derivante dalla Costituzione e va garantito da questa Corte, anche nei confronti della legge statale, a prescindere da considerazioni di ordine finanziario (…). Invece, i LEP sono un vincolo posto dal legislatore statale, tenendo conto delle risorse disponibili, e rivolto essenzialmente al legislatore regionale e alla pubblica amministrazione; la loro determinazione origina, poi, il dovere dello stesso Stato di garantirne il finanziamento». In dottrina si veda A. PITINO, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2024, spec. 731 ss.

innescare un processo di decostituzionalizzazione[56]. In assenza di una rigorosa fedeltà ai precedenti la produzione giuridica rischia di svincolarsi dal parametro costituzionale, trasformando la tutela dei diritti in un esito precario delle contingenze giurisprudenziali e politiche.

6. Considerazioni conclusive. L'effettività del principio di autodeterminazione tra vincoli di sistema e spinte territoriali

Le problematiche biogiuridiche di maggiore spessore assiologico, con particolare riferimento alle procedure di assistenza medica al suicidio, risultano intrinsecamente legate alle concezioni personali, morali e religiose che il soggetto attribuisce alla propria esistenza. Questi paradigmi identitari non rappresentano meri costrutti teorici, ma agiscono come lenti interpretative determinanti nell'esegesi del principio di autodeterminazione in riferimento al fine vita. In questo contesto, la declinazione del diritto alla dignità del malato terminale e l'esercizio dell'autodeterminazione nella scelta di avvalersi del suicidio medicalmente assistito non possono prescindere da una riflessione profonda sulla percezione del sé, poiché è proprio la soggettività del vissuto individuale a orientare l'applicazione dei criteri etici sia nelle opzioni terapeutiche, sia nelle decisioni esistenziali. La dialettica tra l'autonomia individuale e il dovere di cura si sposta dunque su un piano dove la scienza medica incontra il bagaglio emozionale e l'esperienza soggettiva, rendendo ogni decisione clinica un atto di sintesi tra la libertà del singolo e il quadro dei valori assiologici e giuridici vigenti. Pertanto, è indispensabile che questa complessa materia venga rapidamente disciplinata dal legislatore nazionale, introducendo una normativa che preveda procedure celeri e snelle, ma soprattutto che garantisca l'uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale, specialmente per evitare un'intollerabile regionalizzazione dei diritti, nonché una possibile disparità di trattamento su base regionale.

Nel dibattito sul fine vita emerge chiaramente che il dato medico-scientifico, per sua natura complesso e in continua evoluzione, sfugge a una regolamentazione legislativa rigida. È quindi ragionevole che il legislatore si limiti a definire un quadro normativo generale, anche se dettagliato, lasciando ai medici il compito di valutare in base alle conoscenze scientifiche disponibili e alle condizioni specifiche del paziente[57].

La controversa problematica dell'eventuale incostituzionalità della L.R. 16/2025 si è dimostrata particolarmente intricata[58] a causa della complessa definizione delle competenze

[56] Cfr., *amplius*, A. RUGGERI, *La "regionalizzazione" della disciplina del fine-vita,* cit. Infatti, l'Autore in proposito ha osservato che: «Il risultato è allora quello della sostanziale "decostituzionalizzazione" della Costituzione – come la si è altrove chiamata – a tutto beneficio di una produzione giuridica ormai *Constitutioni soluta*, sia essa opera dei decisori politici che, appunto e in ultima istanza, della stessa Corte».

[57] Cfr. V. ZAMBRANO, *La questione del "fine vita" e il ruolo del giudice europeo,* cit., 14.

[58] V., *amplius*, M. TOMASI, *La Corte costituzionale ancora in equilibrio fra due inesistenze: dovere di vivere e diritto a morire,* in *Studium iuris*, 2/2025, 151-160.

legislative tra Stato e Regioni[59], determinando un vistoso contrasto dottrinale alimentato dalla polarizzazione del confronto su scelte così difficoltose sotto il profilo etico. L'evanescente discrimine tra le discipline solamente attuative, recanti mere raccomandazioni di carattere procedurale e organizzativo, e l'istituzione di nuove procedure tipicamente innovative ha suscitato molte incertezze.

Inevitabilmente, l'attuazione pratica di una procedura medicalizzata rende imprescindibile un'intermediazione legislativa[60], funzionale a cadenzare tutte le fasi organizzative e di controllo necessarie per verificare l'attività degli organi pubblici preposti. Perciò, la L.R. 16/2025 si è resa indispensabile per attuare nella pratica i principî enunciati dalla Corte costituzionale che aveva tracciato, in linea più generale, le coordinate di riferimento della questione relativa all'autodeterminazione della persona nel fine vita. Tuttavia, la surrogazione su scelte di fondamentale importanza delle prerogative del Parlamento da parte del legislatore regionale ha ulteriormente rafforzato l'inconciliabile contrapposizione tra i fautori e i detrattori del suicidio medicalmente assistito, sfociando nel ricorso in via principale[61] al giudice delle leggi.

La Corte costituzionale è riuscita a dirimere il conflitto inerente alla potestà legislativa [62] – tra Stato e Regione Toscana – muovendosi lungo una linea di continuità con il suo precedente indirizzo giurisprudenziale, nonché spingendosi ancora più avanti nel percorso già intrapreso. Tuttavia, come è stato osservato in dottrina, «il giudice costituzionale parrebbe essersi riservato una "via di uscita" rispetto ad un quadro processuale di cui intende mantenere tenacemente la regìa»[63].

Per questi motivi, la sentenza 204 del 2025 sembra confermare la metafora del bicchiere che è mezzo pieno per quanto riguarda l'autonomia delle fonti regionali, che vedono

---

[59] V., *amplius*, G. D'ALESSANDRO, (*In tema di*) *competenze regionali dopo la legge costituzionale n. 3 del 2001*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 3/2003, 1509 ss.; ID., *Prospettato indebito esercizio di potestà legislativa regionale. Improcedibilità del ricorso del Presidente del Consiglio dei ministri,* in *Giurisprudenza costituzionale*, 3/2002, 1460 ss.

[60] V. A. LO CALZO, *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",* cit. L'Autore ha sottolineato che «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 delle 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 sanitarie» spec. 858 ss.

[61] Sulla tematica si vedano i saggi di C. CARUSO, *La garanzia dell'unità della Repubblica. Studio sul giudizio in via principale*, Bologna, 2020, spec. 23 ss., 179 ss.; C.B. CEFFA, *Il ricorso governativo nel giudizio in via principale: bilancio e prospettive di uno strumento costituzionale ambivalente*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 2/2023, 1 ss.; A. CELOTTO, G. D'ALESSANDRO, *Sentenze additive ad efficacia transitoria e nuove esigenze del giudizio in via principale,* in *Giurisprudenza costituzionale*, 1/2004, 228 ss.

[62] V., *amplius*, A. CANDIDO, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni,* in *Consulta online*, 2024, 3, 1005. L'Autore afferma che leggi regionali di questa portata costituiscono "fughe in avanti", che subiranno l'impugnazione statale con verosimile pronuncia di incostituzionalità. In senso contrario, si veda 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, 2025, 236, che la ritiene una materia di competenza concorrente della Regione in virtù del principio di sussidiarietà in senso "invertito" quando «un livello di governo sia inadeguato alle finalità che si intenda raggiungere», come enunciato dalla pronuncia della Corte costituzionale, 1° ottobre 2003, n. 303. L'Autore ritiene che l'esercizio della potestà legislativa regionale sarebbe legittimo a causa della perdurante inerzia del legislatore statale che ha determinato intollerabili vuoti di tutela per i diritti in gioco.

[63] V., *amplius*, LARA TRUCCO, *Diritti politici fondamentali: la Corte spinge per ampliare ulteriormente la tutela* (*a margine della sent. n. 48 del 2021*) in *Consulta online*, 1/2021, 285.

riconosciuta la propria legittimazione a intervenire in *subiecta materia*, ma rimane mezzo vuoto per quanto concerne i molteplici articoli della L.R. 16/2025 che subiscono la declaratoria d'incostituzionalità. Ma la parziale illegittimità costituzionale della legge della Toscana non deve essere considerata come una bocciatura dell'iniziativa politica regionale, quanto come un ulteriore monito rivolto al legislatore statale[64]. Difatti, la Consulta ha ribadito che i principî fondamentali sul fine vita sono già desumibili dall'ordinamento, ma la loro applicazione pratica non può essere lasciata a un quadro normativo frammentario e disomogeneo.

In conclusione, la sentenza n. 204/2025 rappresenta un abile esercizio di bilanciamento giurisprudenziale che, se da un lato salva la sostanza dell'intervento regionale toscano finalizzato a garantire il suicidio medicalmente assistito con procedure definite, dall'altro riafferma la centralità dello Stato nella definizione dei contenuti sostanziali dei diritti civili. Tuttavia, finché non ci sarà un'assunzione di responsabilità definitiva da parte del Parlamento, il rischio di nuovi conflitti di competenze tra Stato e Regioni e di disparità di trattamento rimarrà elevatissimo. La Corte costituzionale ha tracciato il solco entro cui le Regioni possono muoversi[65], ma la costruzione di una disciplina organica, rispettosa della dignità umana e della certezza del diritto, resta un compito che nessuna sentenza, per quanto preminente e dettagliata, può svolgere integralmente.

Alla luce di quanto sopra prospettato il *quid novi* è che la legge regionale n. 16/2025 ha subìto solo una parziale declaratoria di illegittimità costituzionale, mentre l'impostazione normativa complessiva è sopravvissuta al vaglio della Corte costituzionale. Per questo è ragionevole pensare che assisteremo presto a una proliferazione di provvedimenti legislativi regionali di tipo analogo[66]. Inoltre, va rilevato come – a distanza di diversi mesi dalla sua pubblicazione – la pronuncia della Corte costituzionale non abbia determinato criticità di ordine pratico nella gestione della legge regionale della Toscana n. 16/2025, scongiurando l'insorgere di quel vuoto normativo che avrebbe altrimenti richiesto un tempestivo intervento integrativo da parte del legislatore regionale. L'attuale assetto legislativo ha dimostrato una sostanziale tenuta, come confermato dalla recente risoluzione di almeno una fattispecie concreta avvenuta proprio in virtù della normativa vigente. Pertanto, i nodi interpretativi e sistematici emersi a seguito della pronuncia della Consulta, pur rivestendo un'indubbia rilevanza sul piano giurisprudenziale e dottrinale, non hanno prodotto effetti

[64] L. BUSATTA, *Regioni e fine vita: a proposito della legge toscana sul suicidio medicalmente assistito*, cit. In tale prospettiva, l'Autrice ha puntualizzato che «La Corte costituzionale, nel sollecitare l'intervento del legislatore, ha chiarito, in ognuna delle occasioni in cui è stata chiamata a farlo, che lo spazio di discrezionalità spettante al Parlamento consente di muoversi anche oltre (e ben oltre) lo stretto perimetro tracciato a partire dalla sentenza n. 242. Fermo restando il contenuto costituzionalmente vincolato di una futura legge sulla morte medicalmente assistita, in altre parole, al legislatore non è precluso modificare i requisiti di accesso, ampliandoli», spec. 111.

[65] Per un approfondimento dottrinale sulla tematica dei rapporti tra Stato e Regioni si veda, *amplius*, F. LANCHESTER, *Forma di Stato e tipo di Stato: coniugati o divisi,* in questa *Rivista*, 1/2024, 1 ss. A tal riguardo, l'Autore ha precisato che «nel sistema regionale alcuni istituti si comportano diversamente che nella federazione, ma anche e principalmente perché diversa ne è la genesi e più ancora la stessa essenza per quanto si attiene al principio fondamentale della sovranità», spec. 5.

[66] Si veda al riguardo F. VIVALDELLI, *La Corte costituzionale si pronuncia sul riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni in materia di aiuto al suicidio. Note a margine di Corte cost. n. 204/2025,* in *Corti supreme e salute*, 1/2026, spec. 10.

distorsivi sull'ordinamento toscano nonostante la persistente inerzia del legislatore nazionale, validando così l'iniziale previsione formulata dal Presidente Giani circa l'autosufficienza del vigente quadro normativo regionale sopra menzionato[67].

Ma è ovvio che solo un intervento legislativo statale potrà assicurare una disciplina in grado di intervenire nei diversi ambiti coinvolti, indirizzando univocamente l'operato di tutte le singole aziende sanitarie, nonché stabilendo le forme, le modalità e le procedure applicative più idonee[68]. Quindi, in riferimento al suicidio medicalmente assistito, solo una legge statale che garantisca uguaglianza, omogeneità, certezza e uniformità appare lo strumento idoneo a prevenire qualunque forma di disparità di trattamento tra i cittadini.

[67] Cfr., *amplius*, *Fine vita. Giani: "Legge Toscana vigente cassando punti indicati da Consulta"*, in quotidianosanità.it, 12.01.2026.

[68] Tuttavia, il disegno di legge della maggioranza ha suscitato in dottrina notevoli perplessità. Al riguardo si veda S. CECCANTI, *Il tema del fine vita*, in questa *Rivista*, 2/2025, 2. L'Autore ha sottolineato che: «Più recentemente il testo base della maggioranza al Senato ha apparentemente superato l'inazione, ma ha finito per concepire un testo che va radicalmente in direzione opposta alla giurisprudenza costituzionale, quale ricostruita dal testo di Barbera, su almeno due punti: l'esclusione del Servizio Sanitario Nazionale, che è invece istituzione necessaria di garanzia contro abusi e discriminazioni anche economiche, e la centralizzazione del sistema in un'unica Commissione nazionale, distante dalle persone e troppo vicina al Governo, che ne nominerebbe i componenti *ad legislaturam*. Si affermerebbe così esattamente proprio quel bipolarismo etico che, come spiega Barbera, è stato uno dei principali pericoli che la Corte ha cercato di evitare». Per quanto concerne il bipolarismo etico si veda, *amplius*, A. BARBERA, *La Corte costituzionale al tempo del bipolarismo etico*, in G. AMATO, A. BARBERA, E. CHELI, A. MANZELLA, *Non solo sulla Carta. Quattro lezioni necessarie sulla Costituzione*, Bologna, 2025.