AIC
Associazione Italiana dei Costituzionalisti
Osservatorio costituzionale

OSSERVATORIO COSTITUZIONALE
Codice ISSN: 2283-7515
Fasc. 4/2025
Data: 5 agosto 2025

*Regioni e fine vita: a proposito della legge toscana sul suicidio medicalmente assistito**

di **Lucia Busatta** – *Professoressa associata di Diritto Costituzionale nell'Università degli Studi di Trento*

TITLE: Regions and end of life issues: on the regional law of Tuscany on medical assisted suicide

ABSTRACT: Il contributo prende in esame la legge della Regione Toscana di attuazione delle sentenze della Corte costituzionale sul suicidio medicalmente assistito. Dopo un raffronto tra una prima versione della proposta di legge e il testo effettivamente approvato, il contributo analizza le motivazioni addotte dall'Avvocatura dello Stato nel ricorso contro tale legge. Oltre ad una valutazione complessiva della problematica dal punto di vista costituzionalistico, le conclusioni propongono altresì soluzioni alternative alla legge regionale per l'attuazione della sentenza, in attesa dell'intervento delle Camere.

The article analyses the regional law of Tuscany implementing the Constitutional Court rulings on medically assisted suicide. After a comparison between an initial version of the bill and the text actually approved, the contribution takes into consideration the arguments that the Government adopted in challenging the law before the Constitutional Court. Beyond an overall assessment of the

* Lavoro sottoposto a referaggio secondo le line guida della Rivista.

Contributo soggetto alla licenza "CC BY-NC-ND" Attribuzione – Non Commerciale – Non Opere Derivate 4.0 Internazionale; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/.

topic from a constitutional point of view, conclusions offer alternative solutions to the regional law for the implementation of the ruling, pending the intervention of the Chambers of Parliament.

KEYWORDS: leggi regionali; assistenza al suicidio; competenza legislativa; Corte costituzionale; legal drafting; regional laws; assisted suicide; legislative competence; constitutional Court; legal drafting

SOMMARIO: 1. Riallacciando il filo: leggi regionali e suicidio medicalmente assistito. – 2. Da Venezia a Firenze: il progressivo raffinamento dei contenti della proposta di legge. – 3. Da Firenze a Roma: il ricorso dello Stato contro la legge toscana. – 3.1. Un primo fraintendimento: il piano di lavoro. – 3.2. Un secondo fraintendimento: le competenze in materia sanitaria. – 3.3. Un terzo (e preoccupante) fraintendimento: i comitati etici. – 4. Un esperimento di regionalismo cooperativo e solidale. – 5. Abbiamo davvero bisogno di una legge regionale?

1. Riallacciando il filo: leggi regionali e suicidio medicalmente assistito

Con la legge regionale 14 marzo 2025, n. 16, recante *Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024* la Toscana è stata la prima Regione a disciplinare con una fonte primaria la procedura per ottenere il suicidio medicalmente assistito.

Il contesto è noto: in seguito alla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, vani sono stati i ripetuti inviti al Parlamento ad esercitare il proprio potere per disciplinare con legge l'aiuto medico a morire. Nel perdurante silenzio del legislatore nazionale, è andato crescendo un movimento, promosso dal basso, dalla "società civile", volto a dare attuazione a quanto previsto dalla sentenza, attraverso l'esercizio del potere legislativo da parte delle Regioni[1].

[1] Il tema è già stato oggetto di attenzione da parte della dottrina. Si vedano, ad esempio, C. CARUSO, *Al servizio dell'unità. Perché le Regioni possono disciplinare (con limiti) l'aiuto al suicido*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, 1, 2024, 1; P.F. BRESCIANI, *Si può regionalizzare il fine vita? Note minime sull'idea di attuare la sent. n. 242 del 2019 con leggi regionali*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 3, 2023, 131; ID., *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; V. DESANTIS, *Regioni e suicidio assistito. Un'implementazione costituzionale in sussidiarietà? Riflessioni sul caso dell'Emilia-Romagna*, in *Diritto pubblico europeo - Rassegna online*, 2, 2025, in corso di pubblicazione; 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, 105; 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*

L'iniziativa legislativa toscana non è, infatti, isolata: essa si colloca all'interno di un esperimento di *drafting* normativo, sostenuto principalmente dall'Associazione Coscioni, da anni impegnata nell'*advocacy* dei diritti civili, dell'autodeterminazione individuale e della tutela della libertà di scelta nel fine vita. Come si ricorderà, un primo testo di disegno di legge era stato presentato, quale iniziativa legislativa popolare, in alcune regioni. La prima ad averlo calendarizzato per la discussione in Consiglio regionale era stata la Regione Veneto, ove – dopo promettenti prospettive iniziali – il disegno di legge era tuttavia stato archiviato, essendo venuto a mancare, all'ultimo minuto, il consenso politico sufficiente a raggiungere l'approvazione[2].

Da allora, nonostante una prima battuta d'arresto, tale iniziativa non si è fermata: al contrario, sulla scorta dell'esperienza maturata e dei rilievi, anche tecnici, ricevuti, essa è proseguita in altre regioni, sia attraverso la raccolta delle firme necessarie alla presentazione del disegno di legge popolare, sia attraverso la discussione nei consigli regionali.

Con l'approvazione da parte del Consiglio regionale toscano, quindi, si apre un fronte inedito di riflessione costituzionalistica, sinora affrontato dalla dottrina in termini puramente teorici. La questione, che presto sarà pure oggetto di una pronuncia della Corte costituzionale[3], in particolare, riguarda la definizione della competenza legislativa, in un ambito in cui l'intervento dell'autonomia territoriale non intende apportare elementi di novità alla disciplina della materia – come risultante dai pronunciamenti della Corte costituzionale[4] – ma si limita ad indicarne le modalità attuative.

Il tema, a ben vedere, non riguarda tanto (o soltanto) l'interpretazione delle clausole competenziali di cui all'articolo 117 Cost., su cui tanto ha già lavorato il giudice costituzionale e su cui la dottrina costituzionalistica (e non solo) non ha mai mancato di far sentire la propria voce.

---

della commissione nominata dall'azienda sanitaria, in *Consulta Online*, 1, 2024, 84, L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi*, in *Rivista AIC*, 1, 2024, 385. Chi scrive si è già occupata della questione in L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, in *Osservatorio AIC*, 3, 2024, 171, a cui si rinvia per ulteriori riferimenti.

[2] Vedasi la pagina dedicata al pdl n. 217 sul portale istituzionale del Consiglio Regionale del Veneto, all'indirizzo: https://www.consiglioveneto.it/web/crv/dettaglio-documento?docname=PROGETTO%20DI%20LEGGE%20REGIONALE%20N.%20217_217&id=65381956&backLink=https%3A%2F%2Fwww.consiglioveneto.it%2Fprogetti-di-legge%3Fp_p_id&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&pageTitle=Progetti%20di%20legge.

[3] Si veda il ricorso n. 20, depositato presso la cancelleria della Corte costituzionale dal Presidente del Consiglio dei Ministri in data 16 maggio 2025.

[4] Oltre alla sentenza n. 242 del 2019, infatti, la più recente sentenza n. 135 del 2024 ha ampliato l'interpretazione del requisito relativo alla necessità di un trattamento di sostegno vitale. L'ambito di liceità del suicidio medicalmente assistito è, dunque, oggi disegnato dal combinato disposto dalle due sentenze, cui si è aggiunta, poco dopo l'approvazione della legge toscana, la sentenza n. 66 del 2025, che ha sostanzialmente confermato l'interpretazione offerta dalla precedente sentenza n. 135. A tale "disciplina" si prefigge di dare attuazione il legislatore regionale.

Quanto accaduto, per effetto della colpevole inerzia delle Camere, sollecita una riflessione tanto sui percorsi di un regionalismo cooperativo e "sostitutivo", quanto sull'effettiva esigenza di dare attuazione alla disciplina *de qua* proprio con un intervento legislativo, sebbene regionale, invece che con un altro strumento.

2. Da Venezia a Firenze: il progressivo raffinamento dei contenti della proposta di legge

Il testo di legge approvato dalla Regione Toscana è il frutto del lavoro svolto nell'arco di un paio di anni, sul territorio nazionale. L'ideazione e la propulsione di tale iniziativa è da attribuire all'Associazione Coscioni che, coinvolgendo le proprie sedi territoriali, ha promosso, in numerose regioni la raccolta delle firme necessarie alla presentazione della proposta di legge di iniziativa popolare[5].

Dal testo discusso ma non approvato in Consiglio regionale in Veneto, sino al voto finale toscano, il testo è transitato attraverso diverse regioni italiane e, passaggio dopo passaggio, si è arricchito di dettagli e ha raffinato il proprio lessico. La progressiva "maturazione" dell'articolato ha consentito il perfezionamento del progetto, permettendo di superare alcune serie criticità che, pur non tradendo la bontà complessiva dell'iniziativa, finivano per far prevalere le motivazioni a sostegno dell'incostituzionalità del proposto intervento normativo regionale[6].

Il testo legislativo approvato in Toscana, infatti, pur restando identico nelle finalità, nella tipologia di iniziativa e nella configurazione dei soggetti coinvolti a quello discusso nel gennaio del 2024 in Veneto, appare notevolmente rivisto nella struttura, nella forma e nei dettagli della formulazione delle disposizioni. Soprattutto, esso dimostra apertamente di aver fatto tesoro dei

[5] Sul sito dell'Associazione è presente una pagina dedicata che riassume lo stato di avanzamento dei lavori in ciascuna regione italiana. In alcuni territori è attualmente in corso la raccolta delle firme, mentre in altri la proposta di iniziativa popolare è stata presentata ai rispettivi Consigli regionali. Va segnalato, peraltro, che in alcune Regioni, fra cui Campania, Sardegna, Lazio e Marche, la proposta legislativa è pervenuta all'organo legislativo territoriale come iniziativa di alcuni consiglieri o di gruppi di consiglieri, invece che come proposta popolare. Maggiori informazioni sono disponibili a questo indirizzo web: https://www.associazionelucacoscioni.it/notizie/blog/le-discussioni-sulla-morte-volontaria-medicalmente-assistita-regione-per-regione.

[6] Si è già dato conto di questo fenomeno in L. Busatta, *Come dare forma alla sostanza?*, cit., in particolare 175 ss.

numerosi rilievi, sollevati anche in modo costruttivo, dalla dottrina costituzionalistica[7], che in questi due anni si è interrogata sulla legittimità di una legge regionale attuativa del pronunciamento della Corte costituzionale, nella perdurante inerzia del legislatore[8].

Un breve raffronto tra i due testi può contribuire a chiarire quanto espresso.

Il testo presentato per la discussione in Veneto si componeva di cinque articoli, così rubricati: Art. 1, Condizioni d'accesso all'assistenza sanitaria; Art. 2, Assistenza sanitaria in ogni fase del percorso di suicidio medicalmente assistito su richiesta della persona malata; Art. 3, Tempi per l'erogazione delle verifiche sulle condizioni e modalità di cui alla sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019 per l'assistenza al suicidio medicalmente assistito; Art. 4, Gratuità della prestazione; Art. 5, Clausola di invarianza finanziaria.

Il testo approvato in Regione Toscana, invece, consta di nove articoli, rubricati: Art. 1, Finalità; Art. 2, Requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito; Art. 3, Istituzione della Commissione multidisciplinare permanente; Art. 4, Modalità di accesso al suicidio medicalmente assistito; Art. 5, Verifica dei requisiti; Art. 6, Modalità di attuazione; Art. 7, Supporto alla realizzazione della procedura di suicidio medicalmente assistito; Art. 8, Gratuità delle prestazioni; Art. 9, Norma finanziaria.

Sebbene l'elenco possa apparire meramente compilativo, la rapida rassegna delle rubriche delle disposizioni e la loro rispettiva collocazione nel complesso del quadro normativo è da sola sufficiente a dimostrare la progressiva crescita del testo *de quo*. Si osservi, semplicemente, la più efficace scansione delle fasi della procedura nell'articolato toscano, rispetto alla più disordinata presentazione dei contenuti nella proposta presentata in Veneto.

Passando in rassegna i contenuti, poi, senza ripetere ciò che si è già sostenuto altrove, si può osservare una più definita aderenza a quanto stabilito dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242 del 2019 e la marcata intenzione del legislatore di mantenersi strettamente entro il perimetro tracciato dal giudice delle leggi. Questo è evidente sin dal preambolo, dal quale si evince che la Regione intende dettare «norme a carattere organizzativo e procedurale per disciplinare in modo

[7] Ci si riferisce, anzi tutto, ai contributi che la dottrina giuridica ha offerto in questi due anni di dibattito intorno al tema, oltre che ai numerosi interventi di esperti, rappresentanti delle società e associazioni medico-scientifiche, giuristi e bioeticisti, nelle audizioni svolte nei Consigli regionali in cui si è discusso di tali tematiche.

[8] Oltre ai contributi citati *supra*, nota 1, cfr. A. CANDIDO, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni*, in *Consulta online*, n. 3, 2024, 992; E. ROSSI, *Le Regioni di fronte all'inerzia del legislatore statale nella disciplina del suicidio assistito: un'ipotesi di "chiamata in sussidiarietà invertita"?*, in *Astrid Rassegna*, 3, 2025, 1.; A. SCALERA, *La legge della Regione Toscana sul fine-vita. Note a prima lettura*, in *Questione giustizia*, 11 marzo 2025.

uniforme sul proprio territorio l'esercizio delle funzioni che la giurisprudenza costituzionale attribuisce alle aziende sanitarie nella materia di cui trattasi». L'esercizio delle competenze legislative regionali avviene «in attuazione di una sentenza immediatamente esecutiva».

Accanto alla garanzia di uniformità delle procedure nel proprio territorio, lo scopo dell'intervento normativo regionale è quello di «definire i tempi e le modalità inerenti alla procedura indicata dalla Corte costituzionale» ed «eliminare eventuali residui di incertezza e problematicità rispetto all'erogazione di una prestazione sanitaria suddivisa in più fasi». L'aspetto procedurale, avente marcatamente carattere organizzativo, come il testo della legge toscana non manca di ripetere (si vedano gli artt. 1 e 2), costituisce la condizione di effettività della facoltà riconosciuta dalla Corte costituzionale sin dal 2019. In assenza di precise modalità esecutive, in altre parole, le amministrazioni sanitarie si troverebbero sprovviste di strumenti certi per effettuare le verifiche ad esse attribuite dal giudice delle leggi.

Senza anticipare le conclusioni, si può già evidenziare come l'intervento del legislatore regionale non si collochi affatto nel solco del diritto penale, poiché la legge regionale non concorre a "disegnare" l'ambito di non punibilità del reato di cui all'art. 580 c.p. Essa, al contrario, si muove all'interno del perimetro disegnato dal giudice delle leggi, per illustrare come la sussistenza delle precise condizioni soggettive per l'accesso al suicidio medicalmente assistito possa essere verificata e, soprattutto, come le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale possano adempiere alla funzione, costituzionalmente necessaria, ad esse attribuite dalla Corte.

Dal punto di vista dei contenuti, dunque, la legge si dimostra assai meticolosa nel mantenersi all'interno di più di quanto stabilito dalla Corte costituzionale; addirittura, dal punto di vista formale, 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: a norma dell'art. 2, infatti, possono accedervi «le persone in possesso dei requisiti indicati dalle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024».

Sebbene le finalità della proposta di legge presentata nella Regione Veneto fossero le medesime, nella prima versione dell'articolato normativo era presente il rinvio a quanto previsto dalla sent. n. 242/2019, completato però dalla ripetizione testuale dei requisiti ivi individuati[9]. Per quanto questo

[9] Art. 1 della proposta di legge n. 217, discussa in Veneto nel gennaio 2024: «la Regione Veneto garantisce comunque l'assistenza sanitaria alle persone malate che ne facciano richiesta e siano in possesso dei requisiti stabiliti dalla sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale e, quindi, dei seguenti e contestuali requisiti: a) il proposito di

possa apparire una mera scelta stilistica, in realtà costituisce un efficace esempio della progressiva maturazione dell'articolato, cui si faceva riferimento. Attraverso lo strumento del mero rinvio, infatti, il legislatore regionale evita (o, comunque, limita) un possibile elemento di criticità costituzionale: segnatamente, l'intervento del legislatore regionale – anche se solo meramente ripetitivo – in un ambito spettante alla competenza statale[10].

La legge toscana prosegue poi descrivendo la composizione della Commissione multidisciplinare permanente (art. 3), che dovrà essere istituita presso ciascuna azienda sanitaria e che avrà il compito di verificare la sussistenza dei requisiti individuali per l'accesso al suicidio medicalmente assisto. Una simile disposizione è presente anche nella Delibera della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna che, prefiggendosi le medesime finalità della Toscana, ha preferito la fonte secondaria, senza riuscire comunque a evitare l'impugnativa giurisdizionale[11]. A riguardo, si può inoltre segnalare come, nella prima versione del testo (discussa in Veneto), fosse solamente previsto che ciascuna azienda sanitaria istituisse una Commissione multidisciplinare permanente, senza però indicazioni circa le professionalità coinvolte né la lora partecipazione a titolo volontario[12], ma solo con la previsione della possibilità di integrazione del "panel" con uno specialista della patologia da cui è affetto il richiedente.

---

suicidio deve essersi autonomamente e liberamente formato, b) la persona deve essere tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, c) deve essere affetta da una patologia irreversibile, d) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma e) 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».

[10] Si tratta di quanto affermato dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 195/2015, avente ad oggetto la legge della Regione Calabria sulla donazione degli organi. In quell'occasione, il giudice delle leggi censurò l'intervento normativo regionale, che nulla aggiungeva rispetto alla già esistente disciplina statale (la legge n. 27/2014), ma, pur ripetendone letteralmente i contenuti, interveniva al di fuori delle proprie competenze.

[11] Ci si riferisce alla DGR Emilia-Romagna n. 194/2024, che ha istituito il Comitato Regionale per l'Etica nella Clinica (COREC) con la funzione, tra le altre, di rendere i pareri previsti dalla sentenza. Ad esso è seguita la determinazione della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare n. 2596/2024, *Istruzioni tecnico-operative per la verifica dei requisiti previsti dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 e delle modalità per la sua applicazione*, che si occupa di descrivere l'*iter* per dar seguito alle richieste di assistenza al suicidio. Su tali provvedimenti pende, come è noto, un pronunciamento del giudice amministrativo.

[12] La precisazione, inserita invece nella legge toscana, è necessaria a chiarire la posizione dei medici del SSN rispetto agli adempimenti a quanto previsto dalle disposizioni. Il punto non è da trascurare se si considera, da un lato, che in base a quanto stabilito dalla Corte, le strutture del SSN devono provvedere a dare seguito alle richieste di suicidio medicalmente assistito pervenuto e che, dall'altro lato, mancando ancora una legge nazionale a riguardo, non ha disciplina l'eventuale obiezione di coscienza da parte che il medico che ritenga di non eseguire la procedura. La Corte, peraltro, nella sentenza n. 242/2019 ha chiarito che la pronuncia non crea «alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato» (punto 6 del considerato in diritto); fermi restando, però, gli oneri di verifica preliminare e successiva da parte delle strutture pubbliche del SSN.

Si passa, poi, a descrivere dettagliatamente la procedura per l'accesso al suicidio medicalmente assistito: le modalità di presentazione dell'istanza e la relativa forma (art. 4), la verifica dei requisiti da parte della Commissione (art. 5), che deve concludersi entro 20 giorni dal ricevimento dell'istanza e che prevede l'interlocuzione con la persona interessata. All'interno di questo arco temporale, deve pure pervenire il parere del Comitato per l'etica nella clinica (art. 5, commi 4 e 5). Anche nella prima versione del testo normativo, la conclusione del procedimento di verifica doveva compiersi entro i medesimi termini (art. 3 della proposta di legge veneta); la scansione delle fasi e dei momenti interni alla procedura era tuttavia meno dettagliata.

L'articolo 6 è dedicato alle modalità di attuazione: in esso si prevede *come* si svolgerà il suicidio medicalmente assistito, in caso di esito positivo della valutazione dei criteri. Questa disposizione rappresenta, forse, la parte della legge dai contenuti più "innovativi" rispetto a quanto indicato dalla sentenza, anche se una "traccia" è rinvenibile anche nella prima versione della proposta di legge[13]. Si tratta, in effetti, di una parte dell'*iter* non direttamente affrontata nei pronunciamenti costituzionali, ma altrettanto rilevante ai fini dell'effettività della facoltà riconosciuta a partire dalla sentenza del 2019 e dimostratasi tutt'altro che secondaria nei casi che si sono verificati in questi anni. Non bisogna però pensare di trovarsi dinanzi ad un "allontanamento" dal solco tracciato dal Giudice costituzionale: la necessità di verificare le modalità esecutive rientra fra i compiti che la sentenza attribuisce espressamente alle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale[14].

L'articolo 7 della legge chiude il cerchio, prevedendo che l'azienda sanitaria assicuri «il supporto tecnico e farmacologico nonché l'assistenza sanitaria per la preparazione all'autosomministrazione del farmaco autorizzato» e che l'assistenza del personale aziendale sia su base volontaria e computata quale attività istituzionale svolta in orario di servizio. Decisamente più "timida" sul punto e meno garantista rispetto alla posizione lavorativa del personale sanitario coinvolto era il testo originariamente proposto, in base al quale l'azienda sanitaria «fornisce ogni

[13] Cfr. art. 2, comma 4, del testo discusso in Veneto: «Le modalità di esecuzione devono essere verificate dalla Commissione medica multidisciplinare permanente affinché la persona malata, che ne faccia richiesta, possa procedere con metodica e farmaco che siano idonei a garantirgli la morte più rapida, indolore e dignitosa possibile rispetto all'alternativa del rifiuto delle cure con sedazione profonda continuativa, e ad ogni altra soluzione in concreto praticabile, previo parere del Comitato etico per la pratica clinica».

[14] Nelle parole della Corte: «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», Corte cost., sent. n. 242/2019, dispositivo.

supporto e assistenza, inclusi farmaco, macchinario e assistenza medica per la preparazione all'autosomministrazione, alla persona malata che ne faccia richiesta» (art. 2, co. 3).

Il punto non è da sottovalutare e merita, anzi, di essere enfatizzato: prevedere che l'assistenza che necessariamente deve essere prestata alla persona durante le ultime fasi rientri nell'attività istituzionale di servizio significa non solo riconoscere il lavoro svolto, a tutela della persona e per consentire il completamento della procedura, pur su base volontaria (i.e. senza costrizioni, non potendo, per il momento, essercene). Peraltro, non si può dubitare che siffatta previsione rientri nella competenza regionale relativa all'organizzazione della sanità nel proprio territorio, trattandosi di una disposizione indubitabilmente organizzativa relativa alle modalità di garanzia dell'assistenza sanitaria alle persone e potendo, dunque, essere configurata quale norma di dettaglio in materia di tutela della salute.

Ancora, l'art. 7 introduce, senza dubbio, una prestazione sanitaria, tanto che il prosieguo dell'articolo si premura di precisare che essa è da considerare un livello di assistenza sanitaria ulteriore rispetto ai livelli essenziali delle prestazioni, un c.d. extra-Lea, facoltà assolutamente spettante alle Regioni che non si trovano in piano di rientro da disavanzo sanitario. Di conseguenza, la norma finanziaria (art. 9) prevede un impegno di spesa annuale fino al 2027 e la sua successiva integrazione nella legge regionale di bilancio. Diversamente, la meno incisiva proposta di legge originaria chiudeva con la classica norma di invarianza finanziaria, senza prendere in considerazione gli aspetti che, non a torto, il legislatore toscano ha correttamente soppesato.

Per la persona richiedente, infine, l'intero iter è garantito gratuitamente, come peraltro richiesto sin dal giugno 2022 dal Ministro della Salute[15].

Questa analitica rassegna dei contenuti, anche nel raffronto con la prima versione dell'articolato proposto, dimostra il progressivo cammino di maturazione del *drafting* normativo e la volontà di superare una serie di rilievi di costituzionalità che, da più parti, erano stati avanzati, anche con finalità costruttive e non solo demolitorie.

Poco dopo l'approvazione e prima della promulgazione della legge, come previsto dallo Statuto regionale[16], la minoranza politica in Consiglio regionale ha presentato un'istanza al Collegio regionale di garanzia statutaria, per un controllo di compatibilità della legge approvata con le

[15] Nota del Ministro alla salute del 20 giugno 2022, richiamata in plurimi documenti. Cfr. C. CARUSO, *Al servizio dell'unità*, cit., *sub* nota 9.

[16] Si veda il combinato dell'art. 57 dello Statuto Toscana con la legge regionale 4 giugno 2008, n. 34

disposizioni statutarie[17], lamentando la violazione del riparto di competenze. Con la Deliberazione n. 2 dell'11 marzo 2025, l'organismo statutario si è pronunciato, rigettando le motivazioni a sostegno dell'istanza ed escludendo che vi sia alcuna violazione dello Statuto regionale[18].

Ora, la recente e attesa impugnazione della legge dinanzi alla Corte costituzionale da parte dello Stato sollecita ulteriori e (più concrete) riflessioni circa l'effettività possibilità, per una Regione, di intervenire a normare uno spazio venutosi a creare per effetto di una pronuncia del Giudice delle leggi.

3. Da Firenze a Roma: il ricorso dello Stato contro la legge toscana

Come era prevedibile, entro il termine di 60 giorni previsti dall'art. 127 Cost., il Governo ha impugnato la legge regionale toscana n. 16/2025, chiedendo alla Corte di dichiarare l'illegittimità costituzionale sia dell'intero testo, sia di singoli articoli. Il ricorso verte sulla violazione della competenza statale esclusiva in materia di ordinamento civile e penale, di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, contesta che sia possibile esercitare – come invece sostenuto dal Consiglio regionale nel preambolo della legge – la competenza concorrente in materia di tutela della salute e denuncia analiticamente i vizi del testo normativo *de quo*.

In primo luogo, lo sguardo d'insieme sul ricorso e, con esso, l'impugnazione dell'intero testo legislativo, sollecitano una riflessione sulla natura complessiva della legge in parola e sulla difficile, se non impossibile, conciliabilità tra l'intento dichiarato e strenuamente perseguito (la mera attuazione del dispositivo della sentenza) e la necessaria e inevitabile introduzione nell'ordinamento di prestazioni sanitarie.

Tale aspetto contraddistingue e accomuna altre situazioni che, nel nostro ordinamento hanno occupato, in fasi diverse, la Corte costituzionale e che hanno trovato diversi esiti. Da un lato, la pronuncia sull'aborto del 1975 che, dichiarando la parziale illegittimità dell'art. 546 c.p., introdusse

[17] Su questo aspetto della vicenda v. A. LO CALZO, *La legge n. 16/2025 della Regione Toscana sulla procedura di accesso al suicidio medicalmente assistito, tra inerzia del legislatore statale e assetto delle competenze legislative regionali. Osservazioni a prima lettura*, in *Questione Giustizia*, 15 marzo 2025, 8.

[18] Circa i contenuti della deliberazione cfr. A. LO CALZO, *op. cit.*, e 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.

una «circoscritta area di non punibilità»[19] del reato in parola, sino all'intervento del Parlamento, a tre anni di distanza dalla sentenza. Dall'altro lato, la dichiarazione di illegittimità costituzionale del divieto, penalmente presidiato, della procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo.

In entrambi i casi, così come con la vicenda del suicidio medicalmente assistito, a fronte del venir meno (totale o parziale) del divieto penale, si rende necessario un intervento regolatorio del legislatore: alle Camere spetta infatti disegnare una *nuova disciplina* della materia, spuntata, per effetto della pronuncia costituzionale, come un fiore tra le rocce, richiedendo all'ordinamento un adattamento necessario e non reversibile. Se tale dinamica ha funzionato, pur non senza difficoltà, nel tandem tra la sentenza n. 27/1975 e la l. n. 194/1978, sull'interruzione volontaria di gravidanza, dimostratasi peraltro particolarmente solida in quasi cinquant'anni di vigenza, non si è dimostrata affatto efficace nella disciplina della procreazione medicalmente assistita.

Nella pronuncia con cui la Corte ha dichiarato l'incostituzionalità dell'art. 4, co. 3, della legge n. 40/2004, al vuoto creatosi per effetto dell'illegittimità del divieto, il giudice delle leggi ha accompagnato una dettagliata descrizione della disciplina di risulta, in modo da assicurare l'autoapplicabilità della propria pronuncia[20]. La realtà dei fatti, però, ha ampiamente dimostrato che, nonostante ogni buona volontà del giudice costituzionale, la sentenza non può essere da sola sufficiente a garantire la piena effettività della normativa di risulta. Come si ricorderà, ben presto, dopo la sentenza, è stato sottoscritto un duplice accordo in Conferenza Stato-Regioni per garantire l'attuazione della sentenza[21]; è stato inoltre necessario aggiornare le linee guida e le prestazioni sanitarie necessarie sono state in seguito inserite nei livelli essenziali delle prestazioni. È noto come, pur a fronte di numerose pronunce di accoglimento da parte del giudice delle leggi, non vi sia stata alcuna reazione da parte del legislatore, con la conseguenza che la "legge 40" oggi vigente è, pur senza interventi normativi, profondamente diversa da quella licenziata dalle Camere ormai vent'anni orsono.

---

[19] Il riferimento è all'espressione utilizzata, con riguardo alla pronuncia sul suicidio medicalmente assistito da C. TRIPODINA, *La "circoscritta area" di non punibilità dell'aiuto al suicidio. Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, in *Corti Supreme e Salute*, 2, 2019, 217.

[20] Cfr. Corte cost., sent. n. 162/2014, punti 11 e 12 del considerato in diritto.

[21] Conferenza Stato, Regioni e Prov. Aut. di Trento e Bolzano, 4/109/CR02/C7SAN, documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa a seguito della sentenza della Corte Costituzionale nr. 162/2014, 4 settembre 2024; e l'accordo recante la definizione tariffa unica convenzionale per le prestazioni di fecondazione eterologa, 25 settembre 2014.

Gli esempi menzionati dimostrano come, a prescindere dall'orientamento politico contingente o dalla sensibilità sulle tematiche bioetiche del legislatore, interventi regolatori dopo una pronuncia di accoglimento in ambiti che incrociano i diritti della persona in ambito medico, sono irrinunciabili, costituzionalmente necessari.

3.1. Un primo fraintendimento: il piano di lavoro

Le riflessioni ora sviluppate ci portano ad esaminare il primo profilo di incostituzionalità denunciato nel ricorso erariale: l'intervento regionale in materia penale. Secondo l'opinione dell'Avvocatura dello Stato, infatti, la Toscana sarebbe intervenuta in materia di «ordinamento civile e penale», avendo contribuito a descrivere i dettagli dell'area di non punibilità del suicidio medicalmente assistito. Come si è già anticipato *supra* e ampiamente sostenuto in altra sede, però, la tesi non è condivisibile, poiché 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 e affidando, proprio a garanzia e presidio della correttezza delle procedure, la verifica delle condizioni e delle modalità di esecuzione alle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale.

Né si può sostenere che la legge toscana contravvenga all'auspicio reiterato dalla Corte nelle sentenze n. 135/2024 e 66/2025 affinché «il legislatore e il servizio sanitario nazionale intervengano prontamente ad assicurare concreta e puntuale attuazione ai principi» stabiliti nel 2019[22]. Al contrario, l'intento del legislatore regionale è proprio quello di seguire l'invito del giudice delle leggi, muovendosi nello spazio costituzionalmente assegnato alle Regioni. Giova evidenziare, sul punto, come la recentissima sentenza n. 66/2025 concluda con un rinnovato e rafforzato auspicio affinché «il legislatore e il Servizio sanitario nazionale intervengano prontamente ad assicurare concreta e puntuale attuazione a quanto stabilito dalla sentenza n. 242 del 2019»[23].

La Regione Toscana non si occupa affatto della configurazione delle cause di esclusione della punibilità, né lambisce – nemmeno lontanamente – la materia penale. La disciplina approvata reca esclusivamente disposizioni di carattere organizzativo che nulla aggiungono rispetto a quanto

[22] Corte cost., sent. n. 135/2024, punto 10 del considerato in diritto.
[23] Corte cost., sent. n. 66/2025, punto 8 del considerato in diritto.

stabilito dalla Corte, ma che si limitano a recepire e individuare la strada per realizzare in concreto il dispositivo della sentenza.

3.2. Un secondo fraintendimento: le competenze in materia sanitaria

Il secondo profilo di incostituzionalità denunciato dall'Avvocatura dello Stato riguarda la violazione delle competenze esclusive statali in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni e della competenza concorrente in materia di tutela della salute. Circa questi aspetti, la definizione dei confini della materia si fa, in effetti, più evanescente. Nei venticinque anni di vigenza del Titolo V riformato, infatti, la giurisprudenza della Corte si è orientata in modo decisamente garantista per il diritto alla salute dei cittadini, sottolineando a più riprese e in diverse occasioni, l'importanza che la garanzia di prestazioni sanitarie non subisca differenziazioni o condizionamenti territoriali, ma possa essere garantita a tutti i cittadini, in modo eguale, sull'intero territorio nazionale[24]. Inevitabilmente lo spazio di intervento in ambito sanitario per le Regioni ne ha risentito, anche a motivo dell'ampiezza e della ricchezza dei LEA, che recano il catalogo delle prestazioni da assicurare agli utenti del SSN su tutto il territorio nazionale e la cui garanzia comporta un significativo impegno di spesa sul bilancio regionale. Se, infatti, una Regione non è adempiente nell'organizzare la propria sanità in modo da soddisfare i Lea, ad essa è preclusa la previsione di livelli ulteriori di assistenza.

Con specifico riguardo alla legge toscana, non si può non rilevare come le argomentazioni riportate nel ricorso erariale risultino poco convincenti. L'Avvocatura dello Stato sostiene, infatti, che la Regione avrebbe violato l'art. 117, comma secondo, lettera *m*), disciplinando istituti giuridici che incidono sul diritto alla vita e che pertanto non possono che trovare disciplina in una legge dello Stato. Non si può certo negare l'incidenza sui diritti inviolabili della persona di cui all'art. 2 Cost., ma bisogna rimarcare come la legge toscana nulla aggiunga rispetto al pronunciamento costituzionale al quale si prefigge di dare attuazione. Il piano, in altre parole, è diverso.

Nel ricorso si legge che la Corte costituzionale «non ha affermato l'esistenza di alcun "diritto" al suicidio, come prestazione garantita dalla legislazione statale, ma ha fissato casi in cui l'aiuto al

[24] Per i principali riferimenti alla giurisprudenza costituzionale che vengono in gioco in questa sede sia consentito rimandare a L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza*, cit., *passim*.

suicidio debba ritenersi scriminato»[25]. La tesi non può essere condivisa. In primo luogo, al netto della qualificazione della fattispecie quale diritto, libertà o mera facoltà[26], non si può non riconoscere il fatto che la sentenza del 2019 non si è limitata ad enunciare una scriminante. Con il proprio pronunciamento, il giudice delle leggi, in effetti ha creato un nuovo istituto giuridico (il suicidio medicalmente assistito, prima non previsto nel nostro ordinamento), lecito se praticato nel rispetto delle condizioni e delle procedure indicate nella sentenza e successivamente specificate (sentenze nn. 135/2024 e 66/2025). La persona, di conseguenza, ha il diritto a presentare la relativa domanda all'amministrazione sanitaria e a ricevere risposta[27] (come, peraltro, già riconosciuto e applicato dalla giurisprudenza di merito[28]).

Trattandosi di una domanda rivolta alla pubblica amministrazione, che richiede una serie di verifiche e accertamenti di carattere medico-sanitario ai fini della risposta, la posizione giuridica soggettiva corrispondente è un diritto di prestazione. Ciò che ne segue logicamente è che, in caso di risposta affermativa, è necessario che si possa dare attuazione a quanto riconosciuto e che quindi i passaggi successivi del percorso siano presidiati da strumenti che assicurino che le modalità di esecuzione siano lecite: senza compiere eccessive acrobazie interpretative, si può trarre la conclusione per cui l'esecuzione deve essere effettivamente garantita. Del resto, la Corte lo dà (quasi) per scontato, visto che stabilisce che non è punibile colui che, nel rispetto delle garanzie sostanziali e procedurali enunciate, assista la persona nell'atto estremo.

Per quanto si possa condividere l'affermazione per cui la Corte costituzionale non ha creato un diritto al suicidio assistito (giacché non avrebbe nemmeno potuto farlo, non essendo il legislatore e non potendo istituire *ex novo* tale obbligo in capo alle strutture sanitarie[29]), non si può certo negare che esista oggi un diritto ad ottenere la valutazione di una richiesta presentata all'amministrazione sanitaria e a poter dare ad essa seguito in caso di esito positivo della relativa valutazione. In altre parole, un riconoscimento del diritto non diretto, ma mediato da necessari presidi a garanzia dei

[25] Ricorso, punto 2.1.

[26] Lavora su tale distinzione C. CARUSO, *Al servizio dell'unità*, cit.

[27] Come si è già avuto modo di sostenere in L. BUSATTA, *Il caso Cappato e la decisione della Corte costituzionale: quando chiedere è lecito, in attesa di una legge*, in *Rivista Italiana di Cure Palliative*, 22(1), 2020, 33.

[28] Vedasi, ad esempio, Tribunale di Ancona, ordinanza 1 febbraio 2022, relativa alla vicenda di Federico Carboni, la prima persona ad ottenere il suicidio medicalmente assistito in Italia, dopo la sentenza della Corte costituzionale. In quell'occasione il Tribunale ordinò all'Azienda Sanitaria Unica Regionale di verificare, previo parere del Comitato etico competente, la sussistenza dei presupposti per l'operatività della causa di non punibilità del suicidio assistito, in base a quanto previsto dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019.

[29] Come ampiamente ed efficacemente enunciato nelle motivazioni dell'ordinanza n. 207/2018.

diritti fondamentali della persona e a tutela delle situazioni di vulnerabilità, come è già insito nel DNA nel nostro ordinamento e come, da tempo, già avviene[30].

In secondo luogo, con specifico riguardo alla tutela della salute, sia sufficiente ricordare come, proprio ai fini dell'autoapplicabilità della sentenza (ossia della sua effettività), la Corte abbia desiderato individuare nelle "pieghe" dell'ordinamento la «procedura medicalizzata» basata sulle previsioni della legge n. 219/2017, in materia di consenso informato. Tale disciplina, dalla portata rivoluzionaria nella regolamentazione della relazione di cura, è qualificabile quale legge generale in materia sanitaria; quanto in essa previsto indica i principi generali in materia di tutela della salute, che completano il perimetro tracciato dalla Corte e a partire dai quali è possibile tracciare la relativa normativa di dettaglio.

3.3. Un terzo (e preoccupante) fraintendimento: i comitati etici

Sorprendentemente, vi è un terzo punto su cui insiste – con una certa veemenza – l'Avvocatura dello Stato e che riguarda una questione subordinata rispetto alle due sopra enunciate, rivolte all'annullamento dell'intera legge. La difesa erariale, contestando la legittimità degli articoli 3, 4, 5, 6 della legge, ritiene che l'istituzione della Commissione multidisciplinare che valuta la sussistenza delle condizioni, così come il ruolo del Comitato per l'etica nella clinica, violi la Carta fondamentale.

Nello specifico, il ricorso erariale confonde le funzioni che la sentenza costituzionale attribuisce all'amministrazione sanitaria e quelle spettanti ai Comitati etici. Il dispositivo della sentenza n. 242/2019, stabilisce infatti «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». La Corte è chiara nel distinguere l'accertamento della sussistenza dei requisiti (le condizioni), che ha natura tecnico-medica, e il previo parere del Comitato etico. L'intervento di quest'ultimo è ulteriore rispetto alle verifiche spettanti all'azienda sanitaria: «La delicatezza del valore in gioco richiede, *inoltre*, l'intervento di un organo collegiale terzo, munito

[30] Si pensi, ad esempio, ai requisiti che consentono l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza che, in base alla legge n. 194/1978, non consistono in motivazioni "dirette", ma in condizioni o situazioni (incluse, come è noto, «condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito») che comporterebbe un serio pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità». Questi organismi, peraltro, per propria natura e funzioni, non compiono e non possono compiere valutazioni di carattere clinico: avendo composizione interdisciplinare e multi-professionale, essi offrono pareri bioetici[31].

All'amministrazione sanitaria, in base alla sentenza, 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. In breve, per assicurare una migliore tutela della persona, il Comitato etico analizza complessivamente la situazione e la storia della persona richiedente, considerando i profili clinici, ma soprattutto gli aspetti relativi alla relazione di cura e ai desiderata espressi dalla persona, in rapporto ai principi bioetici di autonomia, di beneficità, di non maleficenza e di giustizia[32].

Non vi è dunque, alcuna sovrapposizione tra il ruolo della Commissione previsto dalla legge toscana e quello dei comitati etici, come erroneamente sostenuto nel ricorso.

L'Avvocatura dello Stato contesta, poi, che la legge regionale affidi tale competenza ai comitati per l'etica nella clinica, istituiti dall'art. 99 della l.r. n. 40/2005 e già operanti presso le aziende sanitarie regionali. Anche in questo caso, le argomentazioni a sostegno dell'illegittimità della disposizione appaiono fallaci. Ciò che, sopra a tutto, appare preoccupante è il fatto che la difesa erariale propone alla Corte di dichiarare anche l'illegittimità consequenziale della disposizione citata, con la conseguenza di far venir meno nel territorio regionale organismi che lavorano a sostegno dei curanti e dei pazienti, promuovendo il rispetto dei diritti, della dignità e della centralità della persona nel percorso di cura, anche al di fuori del suicidio medicalmente assistito. La mancata considerazione che la valutazione bioetica delle storie cliniche possa trascendere le decisioni di fine vita e possa costituire, in un contesto sanitario caratterizzato da crescente complessità medica e socio-assistenziale, un supporto fondamentale per le decisioni non solo cliniche che quotidianamente devono essere assunte dai curanti svilisce la globalità della garanzia del diritto alla salute che la Costituzione e la legge affidano al Servizio sanitario nazionale.

[31] Per una disanima della disciplina dei Comitati etici, si veda R. SIGNORELLA, *I Comitati etici nel sistema sanitario nazionale a due anni dalle riforme: spunti di riflessione*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2025, 133.

[32] Cfr. E. FURLAN, I comitati etici in sanità, Milano, 2014, 99 ss.

Non vi è nemmeno una sovrapposizione di ruoli tra i Comitati per l'etica nella clinica e i Comitati etici per la sperimentazione. Questi ultimi, come è noto, si occupano di approvare gli studi clinici, attraverso pareri obbligatori per legge e vincolanti.

La Regione bene ha fatto a prevedere che la competenza per rendere i pareri bioetici previsti dalla sentenza n. 242/2019 spetti ai Comitati per l'etica nella clinica, invece che ai comitati etici per la sperimentazione. I primi, laddove istituiti (come nella Regione Toscana), per finalità istitutive, composizione e funzioni sono sicuramente più adatti a rendere tal sorta di pareri. Si tratta, peraltro, di una soluzione adottata già in altre Regioni, nelle quali questi organismi sono istituiti, fra cui Veneto ed Emilia-Romagna[33].

Si è già avuto modo di sostenere ampiamente in altre sedi, le ragioni normative che dimostrano come non vi sia alcun obbligo giuridico di affidare tale competenza in capo di Comitati etici territoriali: sono le stesse disposizioni citate dalla Corte costituzionale a prevedere che vi possano essere altri organismi ai quali sono attribuite «funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali»[34], fra le quali indubitabilmente rientra il parere per le richieste di suicidio medicalmente assistito[35].

Quanto più preoccupa, però, in questa parte del ricorso erariale è la mancata considerazione della molteplicità di altri profili di carattere bioetico che possono emergere nella relazione di cura e che meritano consapevole attenzione, attenta valutazione e adeguato accoglimento da parte di un Servizio sanitario votato alla promozione dei diritti della persona e della sua centralità. Pensare di travolgere con la declaratoria di incostituzionalità anche la disposizione che istituisce i comitati per l'etica nella clinica tradisce la mancata considerazione della pluralità di condizioni che abbisognano delle competenze di questi organismi, purtroppo ancora misconosciuti e non sempre adeguatamente valorizzati, anche laddove istituti.

I motivi espressi dall'Avvocatura dello Stato nell'impugnazione del testo normativo toscano appaiono, in definitiva, poco convincenti. Perfino il nodo più complesso, relativo al riparto delle competenze tra Stato e Regioni non appare sostenuto da argomentazioni sufficientemente solide a

[33] Per il Veneto, cfr. la nota dell'Area Sanità e Sociale prot.n. 4448/2022 e per l'Emilia-Romagna la DGR già menzionata.

[34] Cfr. art. 1, co. 2, del decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013.

[35] A riguardo si veda il documento elaborato da un gruppo di lavoro formato all'interno della Rete nazionale "Per un Diritto Gentile", intitolato *La richiesta di aiuto medico a morire: raccomandazioni sul ruolo dei comitati etici e delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale*, disponbile all'indirizzo web https://www.dirittogentile.it/raccomandazioni-sullaiuto-medico-a-morire/.

determinare la declaratoria di incostituzionalità. Per quanto la Corte abbia, comunque, margine per ampliare il proprio sguardo anche oltre le righe del ricorso erariale, ciò che pare poco persuasivo è la sostanziale negazione di ogni margine di intervento regionale in materia sanitaria, con il mero pretesto dell'eguaglianza.

L'analisi testuale della legge approvata ha puntato a dimostrare proprio lo sforzo del legislatore nel rispettare le proprie competenze, limitando il proprio intervento a quanto strettamente necessario all'effettiva attuazione del pronunciamento costituzionale.

4. Un esperimento di regionalismo cooperativo e solidale

La recente approvazione della legge toscana sull'assistenza al suicidio e la sua impugnazione da parte del Governo offrono numerosi elementi di riflessione sulle dinamiche costituzionalistiche repubblicane, che coinvolgono il rapporto tra Corte e legislatore, i moti del regionalismo e le modalità di tutela dei diritti fondamentali. Si potrebbe anche sostenere come ciò rappresenti un utile esperimento per verificare la tenuta dei principi concernenti il riparto delle competenze fra Stato e Regioni e la possibilità di colmare vuoti normativi con strumenti inediti, se la spinta propulsiva a intervenire non fosse derivata dalla impellente necessità di promuovere e tutelare i diritti di (purtroppo molte) persone che vivono condizioni estreme di vulnerabilità e che chiedono ascolto e accoglimento alle istituzioni.

Dal punto di vista degli andamenti del dibattito sul rapporto tra stato e autonomie territoriali, l'approvazione della legge è giunta in una fase politico-istituzionale nella quale l'attenzione pareva vertere esclusivamente sull'attuazione del regionalismo differenziato *ex* art. 116 Cost. Energicamente ripartito, dopo una brusca battuta d'arresto a causa della pandemia, il procedimento concertativo tra lo Stato e le regioni stava occupando le discussioni, con una complessa e articolata opera di definizione statale di procedure e livelli per una differenziazione "omogenea", sino a una nuova battuta d'arresto provocata dall'intervento della Corte. Nel frattempo, dinanzi ad un quadro ormai poco promettente, il lento procedere del cammino di progressiva definizione e perfezionamento del testo di legge regionale, sino alla sua definitiva approvazione, sposta il *focus* su un fronte differente.

La questione giuridica alla base dell'intera vicenda non riguarda solo la definizione del margine di intervento delle Regioni, in un ambito sicuramente caratterizzato dalla prevalenza delle competenze esclusive statali. Ciò su cui la legge regionale sul fine vita ci consente di ragionare riguarda un tema più ampio e, se si vuole più "nobile": vi è margine per un regionalismo cooperativo e solidale nel tessuto costituzionale repubblicano? E quali sono gli strumenti che l'ordinamento mette, a tal fine, a disposizione?

Il tratto veramente interessante della vicenda riguarda l'esercizio di *drafting* normativo "condiviso": l'elaborazione di un testo di legge regionale da far circolare attraverso i Consigli regionali, facendo tesoro, passaggio dopo passaggio, delle osservazioni ricevute per migliorare progressivamente l'articolato ha rivelato una modalità, sinora ancora piuttosto inedita, di interpretare il regionalismo. Se il lato negativo della stagione delle istanze prepandemiche del regionalismo differenziato cui si faceva riferimento prima si è dimostrata deludente, poiché ha evidenziato una scarsa fantasia regionale nella differenziazione, dal momento che Veneto, Lombardi ed Emilia-Romagna stavano negoziando con il Governo testi sostanzialmente sovrapponibili, questa vicenda mostra, invece, un lato positivo del regionalismo cooperativo.

L'esercizio dell'autonomia può, in altre parole, trasformarsi in uno strumento a favore della tutela della persona, mettendo le istituzioni territoriali a servizio dei diritti e sfruttando i diversi contesti regionali per raccogliere elementi utili a raggiungere risultati altrimenti insperati. Con specifico riguardo, poi, al rapporto con la legislazione statale, in questo caso, le autonomie territoriali possono assumersi una funzione solo parzialmente suppletiva dello spazio riservato al legislatore statale, consentendo al contempo l'attuazione di diritti spettanti alla persona e facendosi, in tal modo, interpreti delle esigenze sociali che richiedono accoglimento.

Da evidenziare, in quest'ambito, è il dato per cui il mancato intervento delle Camere, a sei anni dalla sentenza n. 242, non può in alcun modo essere letto come scelta consapevole da parte del legislatore di non intervenire, dal momento che il monito più volte reiterato dal Giudice costituzionale non lascia spazio al silenzio normativo. L'inerzia parlamentare non solo è colpevole, ma a distanza di tanto tempo è ormai patologica.

A fronte di questo contesto, nel pronunciarsi sul ricorso governativo contro la legge toscana, alla Corte costituzionale spetterà non solo il compito di definire se effettivamente sussista uno spazio per l'esercizio della competenza legislativa regionale in quest'ambito. Inevitabilmente, la sentenza finirà anche per esprimere (in modo più o meno esplicito) il punto di vista del Giudice delle leggi su

questa modalità "cooperativa" di esercitare la funzione legislativa regionale. Sarà, in altre parole, inevitabile che, in caso di rigetto del ricorso seguirà una gemmazione di altre leggi regionali simili a quella toscana, con un effetto caleidoscopico sull'effettività dei diritti nella Penisola.

Non si condivide, da questo punto di vista, l'opinione di chi sostiene che questa legge violi l'eguaglianza, creando diversi livelli di garanzia dei diritti tra i cittadini nella Repubblica[36]. L'accesso al suicidio medicalmente assistito è già consentito, grazie alla sentenza n. 242/2019 e alle successive pronunce nn. 135/2024 e 66/2025. Chiunque, in Italia, deve poter presentare la relativa richiesta, ricevere risposta dall'amministrazione sanitaria e, in caso di esisto positivo, poter portare a compimento la propria esistenza come desiderato. In mancanza di disposizioni di legge, il Servizio sanitario non può comunque sottrarsi al compito ad esso attribuito dalla Corte.

Al legislatore statale non spetta solo la mera attuazione della sentenza, bensì il compito, istituzionalmente più appropriato e idealmente più coraggioso, di offrire una compiuta e completa disciplina della morte medicalmente assistita, affrontando ogni profilo problematico della materia e spingendosi oltre quanto stabilito dalla Corte (che è necessariamente vincolata alla fattispecie concreta sottoposta alla sua attenzione e al *petitum*).

5. Abbiamo davvero bisogno di una legge regionale?

Il presente contributo si è concentrato sul testo della legge recentemente approvata in Toscana e sulle poco convincenti motivazioni addotte nel ricorso erariale a sostegno della sua incostituzionalità. La vicenda ha costituito l'occasione per dar conto del prosieguo e dell'esito di un esperimento legislativo "condiviso" tra diverse Regioni e volto a dare attuazione ai diritti della persona, nel silenzio del legislatore.

Con riguardo a questo specifico aspetto, pare di potersi concludere osservando l'impegno delle autonomie territoriali nel farsi interpreti della garanzia dei diritti delle persone vulnerabili, in una materia tanto delicata quanto quella delle scelte alla fine della vita. Gli interventi della Puglia, con una delibera regionale che ha attuato in parte il dispositivo della sentenza, dell'Emilia-Romagna,

[36] Cfr. 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*, III, 2025, 576.

anch'essa con delibera, e della Regione Toscana con legge, accanto ai territori in cui la proposta di legge *de qua* è stata presa in considerazione, dimostrano la volontà concreta delle autonomie territoriali di tutelare i diritti individuali. Il quadro che ne risulta non fa che dare risalto in negativo al silenzio delle Camere, incapaci di tradurre in disposizioni normative posizioni giuridiche la cui garanzia è divenuta inarretrabile, per effetto delle pronunce costituzionali.

Pur nella valutazione complessivamente positiva delle iniziative regionali di cui si è dato conto che, al netto di quello che sarà l'esito della pronuncia della Corte sulla legge toscana, stanno dando prova di voler supplire all'inadeguatezza del legislatore, resta da chiedersi se la fonte primaria regionale sia, comunque, lo strumento più adeguato per intervenire. Circa questo aspetto non si possono che ribadire le tesi già espresse in passato: la sentenza n. 242 è autoapplicativa, ma è inevitabile che essa lasci qualche cono d'ombra a livello operativo. All'interno dello spazio disegnato dai principi tracciati dal Giudice delle leggi, dunque, è necessario indicare come svolgere operativamente le verifiche preventive e successive che la Corte attribuisce al Servizio sanitario nazionale.

Tale tipo di intervento, ci si sente di ripeterlo anche a seguito dell'approvazione della legge toscana, può essere effettuato con una delibera regionale, che dovrà poi trovare attuazione nelle singole aziende sanitarie. La fonte regolamentare, rispetto a quella primaria, presenta il vantaggio di offrire maggiore spazio per previsioni ulteriormente dettagliate. Essa, inoltre, è emendabile più celermente: quest'aspetto viene, talvolta, indicato quale elemento a sostegno della maggiore opportunità di intervenire con legge, per fugare ogni rischio di arretramento nella garanzia dei diritti. Se si riflette, però, sul fatto che il *quantum* attuale di garanzia non è negoziabile, in quanto stabilito nelle sentenze costituzionali, ciò che nell'atto attuativo può variare riguarda la composizione della commissione, la definizione della procedura o delle tempistiche della stessa. Si tratta di aspetti che, alla prova dei fatti, possono dimostrare di essere perfezionabili e suggerire, quindi, un loro adeguamento, effettuabile con modalità assai diverse a seconda della fonte utilizzata.

Pare, poi, di intravedersi il rischio di un equivoco di fondo che, proprio nella prospettiva di un necessario e non procrastinabile intervento delle Camere, va scalzato.

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[37].

Nell'attesa di una legge sulle scelte di fine vita, quindi, il compito di realizzare il dispositivo della sentenza spetta certamente anche alle Regioni, ma compete *in primis* all'amministrazione sanitaria, braccio operativo della Costituzione, prima ancora che della legge. Se da un lato, infatti, l'inerzia delle Camere ha tradito una delle funzioni proprie della politica, ossia la «capacità di trarre un ordine dal disordine, una decisione dalla pluralità delle opinioni, un indirizzo tra tensioni diverse e contrapposte»[38], «un'amministrazione che funziona meno per chi ne ha più bisogno tradisce il ruolo che ad essa è assegnato dalla Costituzione»[39].

Non ci si può infatti attendere, in quest'ambito così come in qualunque altro settore, che la legge possa "dire tutto". Proprio la difficile regolamentazione dello spazio tracciato dalla Corte costituzionale nel suicidio medicalmente assistito dimostra efficacemente come, anche fra le maglie della miglior legge possibile, residui sempre uno «spazio non coperto dalla previsione normativa, in cui l'effettivo raggiungimento dell'obiettivo del pieno sviluppo di ciascuno e ciascuna richiede la considerazione per le condizioni particolari in cui la persona si trova, l'attivazione di misure specifiche che si adattino ai suoi speciali bisogni, l'individuazione di soluzioni *ad hoc* per rimuovere gli ostacoli concreti che di fatto incontra nella soddisfazione del diritto»[40].

Sono, questi, non vuoti da temere, ma margini di agio, che consentono all'amministrazione di adeguare il proprio intervento "su misura", rispetto alle esigenze specifiche della persona. Pretendere che ogni vuoto sia colmato dalla legge significa, insomma, spogliare l'amministrazione della propria funzione costituzionale: «servire gli uomini […] nella realizzazione dei propri diritti»[41].

---

[37] Si vedano, a riguardo, le argomentazioni della sentenza n. 66/2025 rispetto al requisito della dipendenza da trattamento di sostegno vitale.
[38] L. VIOLANTE, *Insegna Creonte*, Il Mulino, Bologna, 2021, 67.
[39] A. PIOGGIA, *Cura e pubblica amministrazione*, Il Mulino, Bologna, 2024, 141.
[40] *Ibidem*, 147.
[41] U. ALLEGRETTI, *Amministrazione pubblica e Costituzione*, Padova, Cedam, 1996, 11.