

Prospettive future della legge della Regione toscana sul “Suicidio medicalmente assistito” dopo la sentenza della Corte costituzionale n. 204 del 2025

Lorenzo De Carlo e Giorgia Valentini*

1. Introduzione

Queste riflessioni sull'esperienza della Regione Toscana sono il frutto di tre incontri tenutisi presso la Scuola Superiore Sant'Anna tra il 2025 e il 2026, ai quali hanno partecipato, oltre a docenti di varie discipline giuridiche, sanitari ed altri esperti del processo di accompagnamento al suicidio medicalmente assistito in qualità di medici di fiducia degli interessati, di membri del comitato etico o di personale ASL, nonché di un Consigliere della Regione Toscana. Questo ricco confronto ha messo in risalto la concretezza del tema trattato, consentendo al giurista di entrare, ancorché attraverso il racconto, nelle peculiarità dei casi concreti mettendo in luce quei profili, sia etici che pratici, che potrebbero rimanere altrimenti in ombra. Questo contributo ha dunque lo scopo di diffondere le considerazioni che sono emerse su questo confronto riordinandole in termini di prospettive per la legge toscana sulle modalità organizzative in materia di suicidio medicalmente assistito all'esito non solo della pronuncia di parziale incostituzionalità di cui alla [sentenza n. 204/2025](#) della Corte costituzionale, ma anche dei risultati della sua concreta applicazione a partire dalla sua entrata in vigore.

2. La sentenza n. 204/2025: un quadro generale

Il cammino giurisprudenziale che ha condotto la Regione ad adottare – in assenza di una disciplina statale in materia – una legge che dettasse organicamente le «modalità organizzative» per dare attuazione ai principi emersi in tema di aiuto medicalmente assistito al suicidio è noto. All'indomani dell'apertura concessa a partire dalla [sentenza n. 242/2019](#) della Corte costituzionale, che già definiva i quattro criteri tuttora validi per poter accedere alla procedura, e prima dell'approvazione della l.r. n. 16/2025, le tre Aziende Sanitarie Locali

della Toscana avevano iniziato a garantire ai richiedenti l'accesso a percorsi di suicidio medicalmente assistito. La discussione con i membri dei Comitati per l'Etica Clinica dell'Azienda Ospedaliero-universitaria Pisana e dell'Azienda USL Toscana nord ovest ha chiarito che a livello aziendale erano stati adottati dei protocolli interni per l'organizzazione delle procedure, il cui contenuto era stato poi assorbito dalla disciplina regionale. La legge regionale in esame era di iniziativa popolare e la proposta era stata formulata dall'associazione Luca Coscioni, pur avendo il Consiglio Regionale modificato il testo in più punti, alcuni dei quali sono di seguito trattati.

La sentenza è stata da più parti valutata nel complesso come compromissoria. Sicuramente può dirsi che questa, nonostante la dichiarazione di incostituzionalità di diverse disposizioni, non abbia carattere demolitorio rispetto alla legge regionale e infatti salva, innanzitutto, la legittimità costituzionale in generale di una legge regionale che disciplina le modalità del suicidio medicalmente per ciò che attiene al riparto costituzionale di competenze dettato dall'art. 117 Cost.

L'intento del legislatore regionale toscano era quello di dettare norme di carattere organizzativo e procedurale al fine di disciplinare in modo uniforme l'assistenza da parte del Servizio sanitario regionale alle persone che, trovandosi nelle condizioni stabilite da questa Corte nelle sentenze nn. [242 del 2019](#) e [135 del 2024](#), chiedano di essere aiutate a morire (punti 6 e 7 del Preambolo alla l.r. 16/2025). La sentenza definisce la legittimità in termini generali dell'intervento regionale, riconducendolo all'esercizio della potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute, forse anche mettendo le basi affinché altre Regioni facciano altrettanto. La Corte afferma, più precisamente, che «Disciplinando l'attività delle aziende sanitarie locali toscane, la legge regionale impugnata afferisce, *prima facie*, alla materia della tutela della salute» (2.1 cons. dir.). Contrariamente a quanto prospettato dal ricorso statale, dunque, la legge non interferisce nel complesso con la materia di competenza esclusiva dello Stato «ordinamento civile e penale» di cui alla lett. l), art. 117, comma 2, Cost. Tuttavia, con tale competenza interferirebbero alcune singole disposizioni oggetto di declaratoria di incostituzionalità.

Con riferimento all'esercizio della competenza concorrente di tutela della salute, esso non è, per costante giurisprudenza della Corte, precluso dall'assenza di una disciplina statale organica della procedura che determini i principi fondamentali della materia oggetto della legislazione regionale. Nel presente caso, inoltre, la Corte ha rivolto numerosi moniti

al legislatore statale affinché intervenisse con una disciplina che trovasse applicazione sull'intero territorio nazionale, e i principi della materia sono desumibili dalla legislazione statale vigente, tra i quali in particolare la disciplina del rifiuto e dell'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale e quella per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Nel merito, sono dichiarati incostituzionali gli articoli 2; 4, comma 1, limitatamente alle parole «, o un suo delegato,»; 5, commi 1, 4, secondo periodo, e 5; 6, commi 1, secondo periodo, 5, secondo periodo, e 6; 7, commi 1, 2, primo periodo, e 3. Dopo aver richiamato succintamente il contenuto della pronuncia, questo contributo intende concentrarsi sulle prospettive della legge emerse nel corso degli incontri sopramenzionati e dunque anche all'esito dell'esperienza di applicazione delle disposizioni non colpite dalla pronuncia di incostituzionalità.

3. I profili sostanziali

In primo luogo, la trattazione si concentrerà sui profili sostanziali della legge regionale toscana affrontati dalla Corte. Con riferimento all'art. 4, la previsione del delegato è maggiormente problematica e solleva molteplici interrogativi di carattere non solo costituzionalistico, ma anche penalistico e civilistico. Nel corso degli incontri è emerso che l'intento del legislatore regionale era quello di adeguare la disciplina della procedura ad una prassi piuttosto comune, ovvero che il primo contatto tra la persona interessata e la ASL avvenisse tramite una richiesta formalmente inviata dall'interessato, ma materialmente inviata dalla persona che lo assiste o altra persona di sua fiducia. Si trattava dunque di delegare soltanto la richiesta di un incontro tra il personale della ASL e il soggetto interessato, che non pregiudica il carattere individuale della formazione, della manifestazione e dell'accertamento della volontà dell'interessato. Tuttavia, dalla motivazione della sentenza risulta che neppure tale atto prodromico all'istaurazione del rapporto con la ASL da parte dell'interessato alla procedura di suicidio medicalmente assistito possa essere delegato, poiché la Corte ritiene che la decisione di congedarsi dalla vita sia un atto personalissimo che deve essere preso direttamente dalla persona, la quale deve avere la piena capacità di assumere decisioni libere e consapevoli. Sul punto, dunque, non sembra che una riscrittura nel senso di una diversa formulazione semantica – come ad esempio il riferimento alla persona di fiducia prevista dagli articoli 1 e 4 della legge

219/2017 per la ricezione delle informazioni o la rappresentanza in caso di futura incapacità – potrebbe essere sufficiente a superare i profili di incostituzionalità rilevati dalla Corte, poiché il rigore della Consulta sembra esigere una personalità assoluta della richiesta che non ammette surrogati, nemmeno per le fasi preliminari di avvio del procedimento. Resta il fatto, tuttavia, che alcune voci sono state critiche verso questo aspetto della pronuncia alla luce delle disposizioni della legge 219. Non risulta però che la decisione della Corte lasci spazio a riformulazioni su questo.

Inoltre, bisogna osservare che la Corte ha censurato la previsione del terzo comma dello stesso art. 7, che chiariva che il soggetto autorizzato ad accedere al suicidio assistito poteva decidere in qualunque momento di sospendere o annullare l'erogazione del trattamento: tale previsione avrebbe rappresentato, infatti, una specificazione superflua, dal momento che nel caso in esame non si contempla una fattispecie di eutanasia attiva (sanzionata penalmente dall'ordinamento italiano), che comporta l'incapacità del paziente di autodeterminarsi nel corso della procedura, bensì di suicidio assistito, che almeno in linea teorica presuppone un sufficiente livello di controllo delle proprie azioni tale da consentire l'autosomministrazione del farmaco.

4. Il nodo della scansione temporale della procedura

Una delle previsioni più innovative introdotte dalla legge regionale toscana riguardava la verifica dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito, disciplinata dall'art. 5. È evidente, infatti, come nella fattispecie in esame sia necessario un bilanciamento tra due contrapposte esigenze: da un lato, la perdurante sofferenza del paziente porterebbe ad affermare la necessità di una valutazione rapida, in modo tale da garantire un accesso tempestivo al suicidio medicalmente assistito in caso di esito positivo della richiesta, dall'altro, appare quanto mai ineludibile assicurare un accertamento accurato della sussistenza dei requisiti mediante lo svolgimento di esami clinico-diagnostici, nonché, come il comma 2 dello stesso art. 5 prescrive, informare adeguatamente l'interessato della possibilità di avviare un percorso di cure palliative.

Il primo comma dell'art. 5 prevedeva in origine un termine di venti giorni dal ricevimento dell'istanza, sospendibile una sola volta per massimo cinque giorni al fine di effettuare ulteriori accertamenti, per la verifica dei requisiti da parte della Commissione; sulla stessa

linea si poneva il quinto comma, che imponeva a quest'ultima di richiedere il parere al Comitato competente sugli aspetti etici del caso in tempi tali da permettere ad esso di esprimersi entro sette giorni dal ricevimento della documentazione. Anche l'art. 6 fissava dei termini stringenti: al comma 1, si prevedeva la conclusione della procedura di suicidio medicalmente assistito con la redazione della relazione finale sul protocollo di attuazione entro dieci giorni dalla comunicazione all'interessato degli esiti dell'accertamento da parte della Commissione, mentre il comma 5 prescriveva l'espressione del parere da parte del Comitato sul protocollo entro cinque giorni dal ricevimento della documentazione, da richiedere, ai sensi del comma 6, in tempo utile per il rispetto tanto del suddetto termine quanto di quello di dieci giorni per la conclusione della procedura. Infine, il primo comma dell'art. 7 imponeva all'azienda sanitaria locale di garantire entro sette giorni dalla comunicazione finale degli esiti, nel rispetto del protocollo, il supporto tecnico e farmacologico e l'assistenza sanitaria necessaria per la preparazione all'autosomministrazione del farmaco autorizzato.

La suddetta rigida scansione temporale, seppur rispondente a un'esigenza di certezza dei tempi e di prevedibilità degli esiti, non disponeva di alcuno specifico riferimento nelle pronunce della Corte in materia, derivando piuttosto dall'iniziativa della Fondazione Luca Coscioni. Peraltro, la natura di detti termini non poteva che dirsi ordinatoria, dal momento che in alcun modo sarebbe stato immaginabile intendere la mancata pronuncia entro i tempi previsti come un silenzio-assenso della Commissione o del Comitato all'attuazione della procedura di assistenza al suicidio, dal momento che la sussistenza dei requisiti non avrebbe potuto ritenersi presunta e le valutazioni cliniche non sarebbero in alcun modo state paragonabili a un qualunque procedimento amministrativo. Si è suggerito, a tal proposito, di sviluppare a livello nazionale protocolli uniformi in materia di termini, eventualmente parametrati sulla base delle specificità delle singole patologie; ad oggi, la regionalizzazione tramite i comitati bioetici o altri organi analoghi pare esclusa in modo definitivo dalla Consulta, anche se ciò permetterebbe una maggior omogeneità di indirizzo rispetto a una specificazione a livello di singola azienda sanitaria come quella affermata in via di fatto dopo la [sentenza n. 242/2019](#). Per altro verso, potrebbe essere ipotizzabile fissare dei termini perentori per l'avvio del procedimento, senza però scandire in modo eccessivamente rigido le fasi successive.

Non vi è pertanto da stupirsi se tali disposizioni sono state censurate dalla Corte, in quanto potenzialmente idonee ad impedire una seria e corretta valutazione del singolo caso

mediante l'effettuazione di tutti gli esami clinici e diagnostici ritenuti necessari dalla Commissione competente. Ferma restando la necessità di una sollecita presa in carico dell'assistenza del richiedente, che si trova in condizioni di sofferenze fisiche e psicologiche intollerabili, la Consulta ha osservato che l'introduzione di termini rigidi contrasterebbe anche con il *favor* dell'ordinamento per la c.d. "alleanza terapeutica" prevista dalla legge n. 219/2017, che valorizza il ruolo delle cure palliative, e con la natura di *extrema ratio* del suicidio assistito. Inoltre, nella sentenza si chiarisce l'esigenza di garantire un trattamento uniforme sull'intero territorio nazionale, non potendosi concepire una variabilità dei termini a seconda della Regione, dovendosi evitare eccessi tanto in senso restrittivo, quanto in senso espansivo; pare abbastanza evidente, infatti, come simili profili rientrino nella materia di competenza statale della definizione dei principi fondamentali in materia di tutela della salute.

Rimane ancora aperto il tema, seppur non direttamente trattato dalla pronuncia, delle richieste di soggetti che non abbiano intenzione di dare avvio immediatamente alle procedure di suicidio assistito, pur essendo in possesso dei requisiti, ma che intendano ottenere un'autorizzazione anticipata per accedervi in un momento successivo. Ad oggi, la prassi di Commissioni e Comitati tende a escludere questa ipotesi, richiedendo l'attualità del proposito, ma il dibattito sul punto è aperto tra gli esperti, quantomeno in merito alla possibilità di fornire un parere preliminare sulla sussistenza dei requisiti e di accertare solo la piena capacità di autodeterminarsi al momento della scelta di accedere al suicidio assistito.

Da un punto di vista processuale, tuttavia, è possibile osservare come la presa in esame delle tempistiche da parte della Corte è avvenuta senza che ci fosse stata una specifica contestazione sul punto da parte del Governo, in potenziale violazione del principio tra chiesto e pronunciato e a potenziale pregiudizio della possibilità della Regione di difendersi sul punto: peraltro, il parametro di costituzionalità selezionato dalla Corte appare ben più il diritto alla salute ex art. 32 Cost. rispetto all'art. 117, comma 2, in tema di competenza esclusiva dello Stato in tema di ordinamento civile e penale. A meno di non voler configurare una sorta di autorimessione parziale, si potrebbe ritenere che, trattandosi di una materia integralmente disciplinata dalla Consulta nell'[ordinanza n. 207 del 2018](#) e nella [sentenza n. 242 del 2019](#) con una tecnica decisoria innovativa, i limiti tradizionalmente previsti al sindacato di costituzionalità possano essere letti in modo più elastico; tuttavia, considerata

anche la particolare delicatezza del tema, sarebbe senza dubbio stato preferibile dare conto nella pronuncia di tale scelta.

5. La definizione delle competenze di Stato e Regioni in materia di fine vita

Per quanto attiene, infine, alla definizione delle competenze di Stato e Regioni in materia di fine vita, all'art. 2 la declaratoria di incostituzionalità non influisce da un punto di vista pratico sull'attività di accertamento dei requisiti per l'accesso alla procedura di suicidio medicalmente assistito, dato che essi sono ancora quelli determinati dalla giurisprudenza costituzionale. La novazione della fonte effettuata dalla Regione, quindi, cagionerebbe un'indebita cristallizzazione della giurisprudenza costituzionale, per sua natura suscettibile di mutazioni; tuttavia, ciò non toglie che i principi attualmente definiti dalla Corte restano applicabili. La Corte esclude "fughe in avanti" da parte delle Regioni, ma il diritto ad accedere alla procedura resta fermo, pur non essendo ancora univoca la natura piena o meno di tale situazione giuridica soggettiva. Probabilmente, se il legislatore regionale decidesse di reintrodurre un rinvio ai criteri, i profili incostituzionali potrebbero essere risolti attraverso un rinvio mobile e generale alla disciplina vigente in materia.

Inoltre, il primo comma dell'art. 7 è censurato non solo sotto il punto di vista dei termini, ma più in generale per l'invasione della competenza esclusiva dello Stato in tema di fissazione dei principi fondamentali in materia di tutela della salute, dal momento che l'obbligatorio coinvolgimento delle aziende sanitarie locali nell'esecuzione del suicidio medicalmente assistito rappresenterebbe un *quid pluris* rispetto alla mera predisposizione di norme di dettaglio di competenza della Regione. Tale declaratoria d'incostituzionalità è tuttavia accompagnata da vari caveat: la Corte, infatti, riafferma il diritto della persona autorizzata di essere accompagnata dal Servizio sanitario nazionale nella procedura, con il reperimento degli eventuali dispositivi idonei e l'ausilio nel relativo impiego, e pertanto di ottenere il farmaco e l'assistenza sanitaria necessari per l'espletamento della procedura. Si tratta di un punto di non semplice interpretazione: apparentemente, infatti, la portata auto-applicativa della giurisprudenza della Corte, che ha fondato l'attuazione delle procedure poste in essere fino ad oggi, porterebbe a escludere la possibilità di attribuire effetti innovativi alla censura in esame, dal momento che si fa esplicitamente salvo il diritto di ottenere farmaci e assistenza. Si potrebbe in alternativa sostenere che la Consulta ha inteso solamente escludere che una Regione possa sostituirsi al legislatore statale nell'imporre

obblighi specifici alle aziende sanitarie locali o nel prevedere che l'assistenza sia prestata su base volontaria (quest'ultimo profilo, tuttavia, non è preso espressamente in esame nella sentenza), anche se, di fatto, nulla cambierebbe dal punto di vista dell'effettività.

Sulla stessa linea, un ulteriore punto di interesse è rappresentato dall'art. 7, comma 2, relativo alla qualificazione di prestazioni e trattamenti volti ad esaminare e attuare le richieste di suicidio assistito come un "livello di assistenza sanitaria superiore rispetto ai livelli essenziali di assistenza". Tuttavia, appare più semplice individuare qui una violazione della competenza legislativa esclusiva statale in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni ex art. 117, comma 2, lett. m), Cost., sebbene essa rilievi soprattutto sotto il punto di vista formale: le numerose pronunce evocate dalla Corte stessa in materia di facoltà delle Regioni di riconoscere autonomamente prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto ai LEA. In particolare, appare coerente sotto il profilo della strutturazione delle fonti del diritto censurare l'aver qualificato una certa prestazione come livello superiore rispetto a quelle essenziali senza che il legislatore statale abbia previamente definito queste ultime (per quanto al contempo sia vero che la Regione non avrebbe potuto qualificarla come essenziale, essendo ciò precluso dalla consolidata giurisprudenza costituzionale); tuttavia, al di là di questa *actio finium regundorum* di natura quasi didattica, non pare che vi siano effetti concreti sulla disciplina nel suo complesso, dal momento che la Regione continuerà a far fronte con risorse proprie alla prestazione in esame indipendentemente dalla sua concreta qualificazione.

La sentenza non ha fatto cadere la scelta, censurata nel ricorso statale, di indicare i comitati etici esistenti in Toscana, ovverosia i Comitati per l'etica nella clinica, come soggetti competenti per svolgere la funzione consultiva nella procedura di accesso al suicidio medicalmente assistito. Tuttavia, è emersa una problematica di natura pratica: la legge 16/2025 ha reso il parere del Comitato etico sequenziale rispetto a quello della Commissione medica, mentre i protocolli precedenti prevedevano un percorso parallelo. Secondo alcuni, questo cambiamento ha svilito il ruolo del Comitato, non più chiamato a partecipare in modo dialogico con gli altri organi fin dall'inizio della procedura, bensì a "bollinare" la decisione presa.

6. Conclusioni

Al di fuori delle possibilità di riscrittura della legge toscana, dialogare con i soggetti che agiscono nel campo consente di individuare le prospettive di miglioramento della definizione dei criteri per l'accesso alla procedura da parte del legislatore statale. Il criterio il cui accertamento solleva i maggiori dubbi interpretativi è quello del sostegno vitale, poiché ricomprende tutta una serie di trattamenti non necessariamente invasivi come può essere, ad esempio, un ventilatore meccanico per la respirazione assistita. Farmaci di comune diffusione come l'insulina possono rappresentare sostegni vitali per pazienti affetti da patologie quali il diabete; ne consegue che, ad oggi, non vi è una sufficiente delimitazione della categoria in esame. Tale problema emerge a maggior ragione in relazione agli altri requisiti: appare evidente, infatti, che l'accertamento della natura grave e incurabile della patologia sia abbastanza inequivocabile, per quanto il decorso possa essere più o meno lungo, mentre la natura intollerabile delle sofferenze fisiche e psichiche appare quasi consustanziale alla presenza di un male incurabile, anche se non idoneo a cagionare direttamente dolore nel senso comunemente inteso del termine. La piena capacità di autodeterminarsi, per altro verso, tende ad escludere l'accesso al suicidio assistito a soggetti non pienamente in grado di esprimere liberamente la propria volontà, in modo tale da tutelare i soggetti deboli. Ciò esclude che si possa essere ammessi se si è affetti da malattie di natura psichiatrica; tuttavia, alcuni esperti hanno rilevato come tale limitazione rischi di penalizzare soggetti caratterizzati da comorbidità con altre patologie non psichiatriche e dotati di un'adeguata capacità di autodeterminazione. Infine, un tema ulteriore non affrontato dalla Corte, ma che gli specialisti ritengono essere di particolare urgenza, riguarda la partecipazione del personale sanitario alla procedura: se è pacifico che debba essere il paziente ad attivare il meccanismo di somministrazione della sostanza idonea a portare a termine la procedura, meno chiara è la posizione del medico che sia presente in tale contesto. Se, infatti, una volta avviata la somministrazione si verificano complicazioni che non consentono un normale decorso della procedura, cagionando ulteriori sofferenze al paziente senza che questi possa interrompere il deflusso, diventa centrale il ruolo del personale sanitario, che deve intervenire senza poter da una parte intervenire per favorire il decesso del paziente, il che integrerebbe la fattispecie disciplinata dall'art. 580 c.p., ma senza dall'altra poter attivamente opporsi alla volontà suicida del soggetto debitamente autorizzato.

Sono pertanto molteplici i profili di rilievo costituzionalistico ad oggi non ancora pienamente elaborati dalla dottrina e, soprattutto, dal legislatore statale; il presente confronto con esperti di varie professionalità ha tentato di metterne in evidenza alcune, al fine di favorire un dibattito multidisciplinare sempre più ricco.

* Dottorandi di ricerca in Diritto presso la Scuola Superiore di Studi Universitari e Perfezionamento “Sant’Anna” di Pisa.