

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

di Antonello Lo Calzo

Ricercatore di Diritto costituzionale nell'Università di Pisa

Il 14 marzo 2025 è stata promulgata la legge della Regione Toscana n. 16/2025 che, per prima in Italia, disciplina le modalità organizzative per l'accesso alle procedure di suicidio medicalmente assistito. Nel silenzio del legislatore statale, però, l'intervento di quello toscano giunge all'esito di un percorso caratterizzato da numerosi ostacoli, analogamente a quanto registrato in altri contesti territoriali. L'esigenza di garantire maggiore "certezza" nelle procedure per l'accesso e l'esecuzione delle richieste di suicidio medicalmente assistito, conformi alle condizioni fissate dalle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024, si muove nelle strette maglie di un articolato sistema di riparto della competenza legislativa tra Stato e Regioni. Non a caso, anche la deliberazione in esame è stata sottoposta, su istanza delle opposizioni consiliari, al vaglio del Collegio regionale di garanzia statutaria, conclusosi con un giudizio di infondatezza. Pur di fronte alle inevitabili problematicità, la legge rappresenta un passo fondamentale nella direzione di un pieno ed effettivo riconoscimento dell'autodeterminazione nel fine vita.

1. Antefatto: l'inerzia del legislatore

La Toscana è stata la prima Regione in Italia in cui si è concluso positivamente l'iter per l'approvazione di una legge per la disciplina delle modalità organizzative per l'accesso alle procedure di suicidio medicalmente assistito, nel rispetto delle condizioni fissate dalle sentenze della Corte costituzionale 22 novembre 2019, n. 242 e 18 luglio 2024, n. 135.

La legge approvata lo scorso 11 febbraio 2025, ma promulgata solo il successivo 14 marzo, a causa dell'istanza prestata delle opposizioni consiliari al Collegio regionale di garanzia statutaria¹, deriva da un proposta di iniziativa popolare, presentata anche in altri contesti regionali sotto la spinta dell'Associazione Luca Coscioni. Tuttavia, il confronto tra il testo approvato e quello "partorito" dall'Associazione evidenzia l'ampiezza dell'intervento "emendativo" del legislatore toscano².

L'attivazione del legislatore regionale, in particolare di quello toscano di cui ci si occupa, trae spunto dall'esigenza di porre rimedio alla perdurante inerzia del legislatore statale che, lasciato decorrere il termine concesso dalla Corte costituzionale con l'ordinanza 16 novembre 2018, n. 207 e trascorsi ormai sei anni dalla sentenza del 2019, non è pervenuto ad una nuova regolamentazione della materia che, pur frutto della propria discrezionalità, tenesse conto delle condizioni fissate dal Giudice delle leggi per l'esclusione della punibilità dell'aiuto al suicidio.

La possibilità di pervenire in tempi rapidi ad una regolamentazione legislativa della materia potrebbe trovare un ostacolo anche nelle posizioni della maggioranza parlamentare sul fine vita, nonostante sia recentissimo l'annuncio dell'imminente deposito di un nuovo disegno di legge proveniente da tale fronte politico³. Ad ogni modo, le vicende che hanno caratterizzato il percorso dei disegni presentati

¹ A norma dell'art. 7, comma 1, della Legge regionale Toscana, 4 giugno 2008, n. 34, il Presidente del Consiglio, fino alla conclusione dell'esame, sospende la trasmissione della delibera legislativa al Presidente della Giunta ai fini della promulgazione. L'istanza al Collegio deve essere promossa entro cinque giorni dalla delibera e l'esame deve concludersi entro trenta giorni dalla presentazione dell'istanza.

² La proposta originaria era suddivisa in sei articoli: «Finalità» (art. 1), «Requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito» (art. 2), «Istituzione della Commissione medica multidisciplinare permanente» (art. 3), «Verifica dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito» (art. 4), «Gratuità della prestazione» (art. 5), «Clausola di invarianza finanziaria» (art. 6).

³ Al momento soltanto annunciato dalla stampa. Si veda [Fine vita, il testo di Fdi: "Condizione necessaria per il suicidio assistito un percorso di cure palliative"](#), in *Il Fatto Quotidiano*, 5 marzo 2025.

nella precedente legislatura⁴ e di quelli attualmente all'esame delle Commissioni⁵, sono esemplificative della difficoltà di trovare soluzioni sufficientemente condivise in materia⁶.

Questa inerzia si scontra, però, con l'immediata applicabilità delle decisioni della Corte costituzionale, da cui oggi potrebbero derivare richieste di suicidio assistito, senza che le strutture sanitarie abbiano i mezzi normativi necessari a regolare le relative procedure. È anche allo scopo di evitare possibili discriminazioni, determinate da una eccessiva discrezionalità degli operatori che si muovono in uno spazio di "vuoto normativo", che la Regione Toscana ha approvato una legge diretta a disciplinare le modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024, tuttavia, la difficoltà di distinguere chiaramente i profili costitutivi da quelli attuativi del diritto, unitamente alla pluralità dei profili materiali toccati, rende necessario l'approfondimento del quadro delle competenze legislative invocate.

2. La "base" del dibattito: le materie rilevanti e il riparto di competenza legislativa tra Stato e Regioni

Alla base del dibattito dottrinale in merito alla praticabilità della soluzione legislativa regionale in tema di fine vita – cui sarà dedicato un cenno nel prossimo paragrafo – si collocano due distinte, ma connesse, questioni. La prima riguarda, come detto, la differenza tra profili costitutivi del diritto e profili procedurali. I primi, per ragioni di omogeneità imposte dal principio di eguaglianza, non potrebbero non essere rimessi alla disciplina del legislatore statale, visto che solo la legge adottata da quest'ultimo, come atto con efficacia uniforme su tutto il territorio nazionale, potrebbe offrire sufficienti garanzie di eguale godimento del diritto. Se, però, guardiamo al distinto ambito delle norme procedurali, vale a dire quelle che non riguardano il fondamento del diritto, ma l'organizzazione dei servizi necessari alla sua implementazione, non si può in radice escludere la possibilità di un intervento del legislatore regionale, per quanto sia comunque difficile nella pratica tenere ben distinti questi ambiti⁷.

I margini di intervento del legislatore regionale andrebbero, quindi, valutati alla luce del quadro sul riparto di competenze legislative, tenendo conto delle possibili materie che vengono in gioco e delle potenziali sovrapposizioni che possono crearsi tra quelle riservate al legislatore statale e quelle in cui il legislatore regionale avrebbe almeno una competenza concorrente.

Tra le materie di competenza esclusiva dello Stato vanno considerate quelle di cui all'art. 117, comma 2, lett. l), Cost., nello specifico rispetto a "ordinamento civile e penale", e all'art. 117, comma 2, lett. m), Cost., circa la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". Quanto alle materie di competenza regionale concorrente, a venire in rilievo sarebbe l'art. 117, comma 3, Cost. relativamente alla "tutela della salute".

La prima materia richiamata, quella relativa alla legislazione esclusiva dello Stato su "ordinamento civile e penale", verrebbe in gioco in quanto, ad opinione di alcuni commentatori⁸, la Corte

⁴ Si pensi, in particolare, all' l.A.C. 2553, recante "Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita", approvato in prima lettura alla Camera il 10 marzo 2022, ma poi travolto dalla fine della legislatura.

⁵ Attualmente risultano all'esame delle Commissioni riunite 2° (Giustizia) e 10° (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) del Senato gli A.S. 65, 104, 124, 570 e 1083.

⁶ Emblematico della difficoltà a trovare soluzioni condivise su temi eticamente delicati è anche un caso distinto, ma connesso, che ha riguardato l'esperienza francese dove il dibattito sulla regolamentazione del fine vita ha condotto alla costituzione di peculiari organismi di consultazione popolare. Si veda N. ROSSI, *La convenzione francese sul fine vita. La democrazia deliberativa per superare un'impasse?*, in *Questione giustizia online*, 4 maggio 2023.

⁷ Come rileva L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, in *Osservatorio costituzionale*, n. 3, 2024, 179, si tratta di un ambito in cui spesso i profili procedurali e quelli sostanziali finiscono per sovrapporsi.

⁸ M.G. NACCI, *Il contributo delle Regioni alla garanzia di una morte dignitosa. Note a margine di due iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, n. 1, 2023, 93 ss.; G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio, i rilievi dell'Avvocatura Generale dello*

costituzionale, con la sentenza n. 242/2019, non avrebbe inteso riconoscere un diritto ad ottenere il suicidio assistito, ma si sarebbe limitata a sancire una nuova causa di esclusione della punibilità. Le esigenze di uniforme regolazione della materia penale su tutto il territorio nazionale precluderebbero alle Regioni ogni intervento che possa, in qualche modo, incidere sulla portata delle condizioni al verificarsi delle quali l'esimente potrebbe attivarsi.

La seconda materia richiamata, sempre di competenza esclusiva del legislatore statale, attiene alla definizione uniforme del livello essenziale delle prestazioni, da cui deriverebbe l'illegittimità di una legge regionale che pretendesse di disciplinare l'accesso al suicidio assistito, senza che il legislatore statale abbia in precedenza fissato i livelli essenziali delle prestazioni.

Non è casuale che la legge della Regione Toscana, all'art. 7, comma 2, abbia espressamente affermato che le prestazioni disciplinate costituiscono un livello di assistenza sanitaria superiore ai livelli essenziali, alle quali la Regione fa fronte con proprie risorse secondo quanto previsto dall'art. 13 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. Tra l'altro, l'obiezione potrebbe essere superata ricavando la definizione dei livelli essenziali già dalle articolate condizioni fissate dalla Corte costituzionale nelle sentenze del 2019 e del 2024.

Infine, il terzo profilo di competenza a venire in rilievo è quello concorrente relativo alla "tutela della salute", di cui all'art. 117, comma 3, Cost. In questo caso l'intervento del legislatore regionale sarebbe ammesso, ma pur sempre nel rispetto dei principi fondamentali della materia, la cui determinazione spetta al legislatore statale. Si tratta di un ambito in cui i margini di intervento delle Regioni sono sicuramente più ampi, essendo strettissima la connessione del tema del fine vita con la tutela della salute, se non altro perché la Corte costituzionale, attraverso il rimando alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, ha definito un modello che è incentrato su procedure ampiamente medicalizzate.

L'unico profilo controverso attiene all'esatta definizione dei "principi fondamentali", in mancanza di una espressa presa di posizione del legislatore statale al riguardo. L'inerzia, infatti, atterrebbe non solo ad una regolamentazione organica del suicidio assistito, ma anche alla meno estensiva fissazione dei principi fondamentali, precludendo così anche il possibile intervento di dettaglio delle Regioni.

Le risposte della dottrina sul punto sono oscillanti, dovendosi rilevare la posizione di chi ritiene che un intervento del legislatore regionale non possa prescindere da quello previo del legislatore statale che fissi i principi fondamentali della materia, pena la sua illegittimità⁹, e quella di chi sostiene la possibilità di ricavare i principi fondamentali dal sistema vigente, in particolare dalla legge n. 219/2017, in parte applicabile alle richieste di suicidio medicalmente assistito, ove ricorrano le condizioni fissate dal Giudice delle leggi¹⁰.

In questo senso sarebbe chiamata ad operare la clausola di "cedevolezza invertita", che la legge toscana richiama per fugare il dubbio di ogni possibile sovrapposizione di ruoli con il legislatore statale. Alla luce di questa, infatti, un successivo intervento statale, volto alla definizione dei richiamati principi fondamentali, prevarrebbe sempre rispetto alla legge regionale. Il ricorso a tale clausola è logicamente connesso con la circostanza che la legge in commento incida esclusivamente nell'ambito della "tutela della salute", visto che, come osservato in dottrina – anche attraverso il richiamo della sentenza della Corte costituzionale, 9 gennaio 2019, n. 1 – la "cedevolezza invertita" potrebbe aversi solo per quelle materie di competenza residuale o concorrente delle Regioni, non anche in quelle di competenza esclusiva dello Stato¹¹.

Stato, le forzature del Tribunale di Trieste e della commissione nominata dall'azienda sanitaria, in *Consulta online*, n. 1, 2024, 75; A. CANDIDO, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni*, in *Consulta online*, n. 3, 2024, 992.

⁹ L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi*, in *Rivista AIC*, n. 1, 2024, 385 ss.

¹⁰ Sul punto L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza*, cit., 181 ss., part. 185, la quale, però, sottolinea alcune possibili difficoltà che potrebbero sorgere dal grado di "specificità" dei principi fondamentali in una materia in cui, tradizionalmente, la giurisprudenza costituzionale è stata piuttosto "rigida" nel vincolare i legislatori regionali a prescrizioni di principio particolarmente penetranti del legislatore statale.

¹¹ Così A. CANDIDO, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni*, cit., 1004. Diversamente 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*, Il Mulino, Bologna,

Optare per una soluzione o per l'altra è, a ben vedere, una conseguenza dell'impostazione di fondo che l'interprete adotta sulla possibilità che una legge regionale possa intervenire in tema di fine vita e, nondimeno, sulla esatta definizione dei contenuti delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024. Sarà, quindi, opportuno dedicare alcuni rapidi cenni a entrambi questi profili.

3. Le posizioni della dottrina in tema di competenza esclusiva dello Stato o concorrente Stato-Regione

La praticabilità della soluzione legislativa regionale in tema di fine vita è dibattuta in dottrina. Non sembra possibile, allo stato, rilevare un orientamento predominante sugli altri e nemmeno è compito semplice tentare un'operazione di classificazione che permetta di individuare le tendenze prevalenti.

A ciò va aggiunto il dato, apparentemente intuitivo, ma in realtà da non dare per scontato, per cui le sensibilità individuali su tematiche eticamente complesse – come quella del suicidio medicalmente assistito – trovano riflesso nella costruzione di soluzioni giuridiche divergenti, tutte astrattamente giustificabili.

Con l'avvertenza sopra riportata, per esigenze di semplificazione, è possibile rilevare tra gli studiosi che si sono interessati del tema almeno tre distinti orientamenti.

Un primo orientamento, radicalmente contrario alla possibilità di regolare le procedure di accesso alle pratiche di suicidio assistito con legge regionale, è argomentato a partire dalla circostanza per cui il tema del fine vita attingerebbe a materie che la Costituzione riserva alla competenza del legislatore statale – con particolare riferimento all'ordinamento penale e civile (art. 117, comma 2, lett. l) Cost.), nonché alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117, comma 2, lett. m) Cost.) – per cui l'intervento della Regione potrebbe vulnerare quelle esigenze di uniforme godimento dei diritti che è alla base della scelta del Costituente¹².

Si tratta di una posizione invero condivisa anche da alcuni soggetti istituzionali¹³, il cui fulcro è incentrato attorno al perno della sentenza della Corte costituzionale, 14 dicembre 2016, n. 262, con cui il Giudice delle leggi aveva dichiarato l'illegittimità della legge regionale del Friuli-Venezia Giulia in tema di disposizioni anticipate di trattamento, prima del noto intervento del legislatore statale con legge n. 219/2017, in quanto «una normativa in tema di disposizioni di volontà relative ai trattamenti sanitari nella fase terminale della vita [...] – necessita di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di eguaglianza, ratio ultima della riserva allo Stato della competenza legislativa esclusiva in materia di “ordinamento civile” disposta dalla Costituzione»¹⁴.

In parte distinta è la posizione di chi, pur sottolineando i limiti che potrebbe incontrare l'intervento legislativo delle Regioni, non sarebbe preclusa a queste la possibilità di intervenire per dare attuazione ai precetti delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024 attraverso atti di natura amministrativa¹⁵.

In una posizione intermedia si colloca chi ritiene che le Regioni abbiano la possibilità di adottare proprie leggi, ma limitatamente alla regolamentazione della parte organizzativa del servizio per l'accesso alle pratiche di suicidio assistito e, soprattutto, solo a seguito dell'attivazione del legislatore

2025, 236 s., ritiene che si versi nell'ambito della materia di competenza concorrente della Regione, per cui la perdurante inerzia del legislatore potrebbe arrecare intollerabili vuoti di tutela per i diritti in gioco.

¹² Per una posizione simile si veda L. BIANCHI, *Sulla competenza legislativa regionale in materia di fine vita*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 2, 2024, 150 ss.; oltre ai già citati A. CANDIDO, *Il “fine vita” tra Stato e Regioni*, cit., 997; e G. RAZZANO, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio*, cit., 77.

¹³ Si veda, in particolare, il parere dell'Avvocatura generale dello Stato del 15 novembre 2023, secondo la quale l'esclusiva competenza a legiferare in materia da parte del Parlamento troverebbe conferma nella circostanza che in essa è dato rilevare «l'incrocio di valori di primario rilievo, il cui compiuto bilanciamento presuppone, in via diretta ed immediata, scelte che anzitutto il legislatore è abilitato a compiere».

¹⁴ In senso analogo la sentenza Corte cost., 9 ottobre 2015, n. 195, con cui è stata dichiarata incostituzionale la legge della Regione Calabria in materia di donazione di organi.

¹⁵ L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza*, cit., 171 ss.

statale cui spetta, in esclusiva, la determinazione dei principi fondamentali in materia di “tutela della salute”¹⁶. Ove una tale legge statale dovesse mancare, l’accesso alle prestazioni potrebbe non essere sufficientemente omogeneo su tutto il territorio nazionale, venendo ad essere frustrate quelle esigenze di uniformità proprie della garanzia dei diritti fondamentali.

Secondo questo orientamento, non vi sarebbe una preclusione assoluta per le Regioni, in quanto i loro interventi legislativi verterebbero comunque in un ambito di competenza concorrente, ma la limitazione deriverebbe – ancora una volta – dalla mancata attivazione del legislatore statale sul punto della determinazione dei principi fondamentali¹⁷.

Infine, va considerato l’orientamento di chi appare favorevole al riconoscimento di una legittimazione delle Regioni a legiferare sulle modalità organizzative per l’accesso alle procedure di suicidio medicalmente assistito¹⁸. Tale intervento, in attesa del legislatore statale, sarebbe, oltre che legittimo, anche doveroso, in quanto avrebbe il pregio di rimediare all’inadempimento nell’attuazione di una libertà fondamentale, già astrattamente azionabile sulla base delle due sentenze n. 242/2019 e n. 135/2024. L’unico limite che le Regioni incontrerebbero starebbe nel carattere esclusivamente organizzativo e procedurale delle disposizioni adottate, non potendo incidere sui presupposti sostanziali di quei diritti che già sono immediatamente esigibili al verificarsi delle quattro condizioni fissate dalla Corte.

Sempre secondo questo orientamento, infatti, le Regioni con i loro interventi potrebbero assicurare l’uniforme applicazione delle prescrizioni della Corte costituzionale, quantomeno nel contesto del territorio di competenza e, inoltre, avrebbero la possibilità di fornire assistenza medica al suicidio collocando le relative prestazioni tra quelle superiori ai livelli essenziali di assistenza, sottraendosi così al vincolo della competenza statale in materia fissato dall’art. 117, comma 2, lett. m), Cost.

4. Le sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024. Definizione dei principi che “orientano” l’intervento del legislatore

La Corte costituzionale, con le sentenze n. 242/2019 e n. 135/2024, ha assolto ad una essenziale funzione di “orientamento” del legislatore, statale o regionale, il quale dovrebbe attenersi, nel regolare le procedure di accesso al suicidio medicalmente assistito, a tutti quei vincoli e quelle cautele che il Giudice delle leggi ha predisposto, in primo luogo a tutela dei soggetti in condizioni di vulnerabilità.

È a questi “principi orientatori” che è opportuno dedicare attenzione, distinguendo quei passaggi delle decisioni in cui la Corte fissa le condizioni di non punibilità dell’assistenza al suicidio da quelli in cui definisce i criteri sulle modalità di accesso alla procedura.

Quanto al primo aspetto, ossia alla determinazione delle condizioni per l’operatività della causa di esclusione della punibilità di chi presta la propria assistenza alle richieste di suicidio, è noto come la Corte costituzionale abbia fissato un “catalogo” sufficientemente chiaro. Ad oggi, pur dopo le importanti precisazioni fornite dalla sentenza n. 135/2024, le condizioni che devono sussistere cumulativamente affinché la persona ammalata possa chiedere di accedere al suicidio assistito, senza che chi fornisce l’ausilio debba rispondere penalmente della propria condotta, sono: a) che la persona richiedente sia affetta da una patologia irreversibile; b) che la suddetta patologia sia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che la persona richiedente trova assolutamente intollerabili; c) che essa sia tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale; d) che, nonostante ciò, questa resti capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

¹⁶ L. CHIEFFI, *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi*, in *Rivista AIC*, n. 1, 2024, 385 ss.

¹⁷ Essendo controverso se alla determinazione di tali principi possano sopperire le sentenze della Corte costituzionale sul fine vita ovvero, come appare più condivisibile, essi vadano individuati nell’assetto della legge n. 219/2017 cui le medesime sentenze rimandano in larga misura.

¹⁸ In questo senso C. CARUSO, *Al servizio dell’unità. Perché le Regioni possono disciplinare (con limiti) l’aiuto al suicidio*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, n. 1, 2024, 1 ss.; e, seppur con diverse cautele, 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*, n.1, 2024, 239 ss.

Si tratta di condizioni che, investendo direttamente la configurazione del diritto, in nessun punto potrebbero essere oggetto di un intervento da parte del legislatore regionale volto a modificarne la portata e il significato. Non a caso la legge toscana in commento, all'art. 2, si limita ad un rinvio "in bianco" ai requisiti indicati dalle sentenze della Corte costituzionale.

Ai fini della ricostruzione del loro significato potranno, quindi, tornare utili tutta una serie di atti, sprovvisti di efficacia normativa, ma che tengono conto dell'impatto concreto che le richieste di suicidio medicalmente assistito possono avere, tra questi, in particolare, il parere emesso dal Comitato Regionale di Bioetica della Toscana il 14 febbraio 2020, proprio al fine di vagliare le modalità con cui il sistema sanitario regionale era chiamato a dare esecuzione alle prescrizioni della Corte costituzionale e che, verosimilmente, ha costituito un punto di riferimento per meglio orientare i contenuti della legge toscana del 2025 (assieme alla Linee guida aggiornate al 2024 in materia di suicidio medicalmente assistito)¹⁹.

La determinazione del significato delle condizioni indicate alle lettere a) e b) ha sollevato sicuramente minori problemi interpretativi, visto che, per lo più, il loro riscontro in concreto era legato all'accertamento di condizioni mediche, per le quali era possibile ricorrere a parametri aggiornati all'evoluzione della scienza. Questo, ad esempio, per i casi in cui si sia in presenza di una malattia incurabile o che determini una sofferenza intollerabile (da intendere più in senso "soggettivo" che "oggettivo"). Lo stesso per quella indicata dalla lettera d), la quale implicava l'accertamento, secondo criteri giuridici, della sussistenza di una volontà libera e consapevole nella scelta.

Il profilo che, invece, è stato maggiormente al centro del vaglio critico dei commentatori, degli esperti e della giurisprudenza è quello riguardante l'accesso a trattamenti di sostegno vitale di chi richiede assistenza nel suicidio.

I dubbi maggiori derivavano proprio dalle difficoltà, rilevate anche dal parere del Comitato di Bioetica Toscana del 14 febbraio 2020, di individuare una definizione sufficientemente condivisa a livello medico di "trattamento di sostegno vitale"²⁰.

Sul punto è intervenuta nuovamente la Corte costituzionale, con la sentenza n. 135/2024. In questo caso il Giudice delle leggi era stato espressamente chiamato a "rivedere" la propria precedente posizione sulla sussistenza della condizione dei "trattamenti di sostegno vitale", in quanto potenzialmente discriminatoria, ai fini dell'accesso al suicidio medicalmente assistito, per coloro i quali pur soffrendo una patologia irreversibile, fonte di grandi sofferenze fisiche o psicologiche, e in grado di esprimere liberamente e consapevolmente la propria volontà, non avessero bisogno di trattamenti di sostegno vitale in ragion del tipo di patologia (si pensi, ad esempio, a quanti soffrivano di determinate patologie oncologiche, anche terminali). Pur non superando la "necessità" di tale requisito, per esigenze di protezione delle persone in condizioni di vulnerabilità, la Corte ne chiarisce la portata, collegandolo al diritto di rifiutare qualsiasi trattamento sul proprio corpo, di cui alla legge n. 219/2017. In tal senso, i trattamenti di sostegno vitale non potrebbero essere ridotti alle sole alimentazione e idratazione artificiale, dovendo comprendere tutti quei trattamenti medici, anche non altamente specializzati (ossia, che potrebbero essere espletati da qualsiasi *caregiver* sufficientemente formato e non per forza da personale medico qualificato), che si rivelino in concreto necessari «ad assicurare l'espletamento di funzioni vitali del paziente, al punto che la loro omissione o interruzione determinerebbe prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo».

¹⁹ Parere della Commissione Regionale di Bioetica della Toscana del 14 febbraio 2020, n. 2, "Liceità condizionata del suicidio medicalmente assistito e sistema sanitario regionale", reperibile in https://www.regione.toscana.it/documents/10180/17345814/Parere+CRB+11_2020.pdf/b434cb8c-2420-08b5-6ae4-caef3abd2665?t=1609764629339; Linee guida ASL Toscana del 2024 su "Indirizzi operativi per l'applicazione delle sentenze della Corte Costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024 in materia di suicidio medicalmente assistito", reperibili in <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/component/attachments/download/166561>.

²⁰ Secondo il parere sarebbero tali «quei trattamenti la cui mancata attuazione, o la cui interruzione, determini una sensibile anticipazione del momento della morte, in ragione di una patologia o di una disabilità cui i trattamenti medesimi pongono rimedio».

È vero che residua un margine in incertezza, perché la Corte non specifica l'effettiva estensione del lasso di tempo entro cui la morte può sopraggiungere (per cui potremmo trovarci di fronte a trattamenti la cui interruzione determina la morte entro pochi giorni o addirittura entro mesi), ma probabilmente sarebbe stato complesso chiedere a un Giudice costituzionale una più puntuale definizione su un aspetto in cui, anche nella scienza medica, mancano parametri totalmente condivisi.

Sui profili appena esposti, come anticipato, le Regioni non avrebbero alcun margine di intervento, pena la violazione di quelle esigenze di uniforme godimento dei diritti sul territorio nazionale, cui si ricollegano le posizioni di quanti sono in radice contrari ad un intervento legislativo decentrato sul fine vita. È, quindi, opportuno occuparsi del secondo profilo, quello relativo alle modalità organizzative per l'accesso al suicidio medicalmente assistito, nel quale il legislatore regionale avrebbe la possibilità di intervenire, ma nei limiti delle prescrizioni procedurali che la stessa Corte costituzionale ha fissato.

La definizione delle modalità attraverso cui accertare la sussistenza delle condizioni di accesso al suicidio medicalmente assistito assolve ad una funzione di garanzia per le persone vulnerabili di importanza pari a quella della fissazione delle stesse condizioni. Non sarebbe pensabile, infatti, un intervento puramente "demolitorio" della norma penale da parte della Corte, senza l'individuazione di criteri "minimali" cui il legislatore dovrebbe attenersi nel disegnare le nuove modalità procedurali di accesso.

In attesa di questo intervento, il Giudice delle leggi aggancia le procedure per il suicidio medicalmente assistito a quelle fissate dagli artt. 1 e 2 della legge n. 219/2017, in quanto legittimate ad accedervi sarebbero le stesse persone che già potrebbero lasciarsi morire rifiutando i trattamenti di cui all'art. 1, comma 5, della legge sopra citata.

La procedura per l'accertamento delle condizioni sarebbe pertanto quella fissata dall'art. 1 della legge n. 219/2017. La manifestazione di volontà, libera e consapevole, deve essere acquisita nel rispetto di quanto il comma 4 prescrive per l'acquisizione del consenso informato, ossia «nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente» e documentata «in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare», per poi essere inserita nella cartella clinica. Il carattere "definitivo" degli esiti della procedura implicano che il richiedente possa, in qualsiasi momento, modificare la scelta arrestando la procedura avviata.

Seguendo le prescrizioni dell'art. 1, comma 5, devono essere anche accertati il carattere irreversibile della patologia e la presenza delle sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili. Si tratta di aspetti che presuppongono una stretta relazione medico-paziente, con il primo che avrebbe il dovere di prospettare al secondo le conseguenze della propria decisione e le possibili alternative al suicidio, promovendo «ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica».

È in connessione con tale aspetto che la Corte accenna all'accesso ad un'appropriata terapia del dolore e all'erogazione delle cure palliative previste dalla legge 15 marzo 2010, n. 38, come condizione preliminare per poter intraprendere il percorso che conduce al suicidio assistito. Si tratta di forme di assistenza medica che, a seconda della patologia, potrebbero attenuare o annullare del tutto la situazione di sofferenza intollerabile, rimuovendo la causa principale di una richiesta di suicidio assistito. L'importanza che la disponibilità di un adeguato sistema di cure palliative riveste rispetto alle decisioni di fine vita valgono a connotare questo passaggio nei termini di un vero e proprio principio fondamentale, vincolante per il legislatore regionale.

La Corte richiede la natura pubblicistica dei soggetti chiamati a verificare la sussistenza delle condizioni di accesso al suicidio, in particolare riservando tale compito alle strutture del Servizio sanitario nazionale. Vista la delicatezza di tale valutazione è, inoltre, opportuno il coinvolgimento di organi collegiali terzi, muniti delle adeguate competenze a valutare i problemi di natura etica che possono sorgere nell'ambito sanitario, che il Giudice delle leggi individua nei comitati etici competenti per territorio, regolati dall'art. 12, comma 10, del d.l. 13 settembre 2012, n. 158.

Tutte queste prescrizioni, rivolte essenzialmente al futuro legislatore, parrebbero deporre nel senso che il fine perseguito dai Giudici della Consulta non fosse solo quello di prevedere una causa di non

punibilità per l'aiuto al suicidio, ma anche quello di valorizzare la dimensione individuale della scelta del paziente che, volendo congedarsi dalla vita, non potrebbe farlo nel modo che reputa dignitoso seguendo soltanto quanto già previsto dalla legge n. 219/2017.

5. La Deliberazione n. 2/2025 del Collegio regionale di garanzia statutaria della Toscana

Analogamente ai casi delle proposte di legge presentate in altre Regioni, anche le vicende di quella toscana sono state segnate da difficoltà di natura procedurale e da confronti di natura politica²¹. Questi, però, non sono stati tali da “bloccare” la conclusione dell'iter di approvazione della legge, come invece è avvenuto nelle altre ipotesi richiamate, anche se ne hanno sicuramente rallentato l'entrata in vigore.

Il passaggio più significativo è quello del 14 febbraio 2025, data in cui le opposizioni interne al Consiglio della Regione Toscana hanno presentato istanza al Collegio regionale di garanzia statutaria, affinché operasse un vaglio sulla compatibilità della delibera legislativa con le disposizioni dello Statuto.

Secondo lo strumento previsto dal combinato dell'art. 57 dello Statuto Toscana con la legge regionale 4 giugno 2008, n. 34²², il Collegio regionale di garanzia statutaria²³ può essere chiamato a verificare la corrispondenza della legge regionale allo Statuto dai soggetti a ciò abilitati dallo Statuto: il presidente della giunta, il presidente del consiglio, almeno tre presidenti di gruppi consiliari, almeno un quinto dei consiglieri regionali. L'istanza deve essere indirizzata al presidente del Collegio di garanzia entro cinque giorni dall'approvazione della delibera, secondo il disposto dell'art. 7, comma 2, della legge regionale n. 34/2008.

La presentazione dell'istanza determina la sospensione della trasmissione della delibera legislativa al Presidente della Giunta ai fini della promulgazione. La sospensione permane per tutta la durata dell'esame da parte del Collegio che deve concludersi entro il termine di trenta giorni dal ricevimento.

L'istanza deve essere motivata, avendo cura di specificare le disposizioni e i principi statuari che si intendono violati, ma non potrebbe essere formulata nei termini di un “surrettizio” ed improprio giudizio di costituzionalità anticipato, rimesso all'esclusiva competenza del Giudice costituzionale (secondo quanto stabilito dall'art. 127 Cost., così come modificato dalla legge cost. 18 ottobre 2001, n. 3).

Tenendo ferma questa riserva, andrebbe, in concreto, verificato se le eventuali censure prospettate sul piano della costituzionalità abbiano una quale ridondanza sui parametri statuari, gli unici che il Collegio potrebbe utilizzare nel suo controllo, senza il rischio di sovrapporsi al controllo che, invece, spetta alla Corte costituzionale.

Si tratta di una valutazione che richiede una complessa opera interpretativa da parte dell'organo di controllo, ma che è interessante analizzare perché costituisce la “chiave” per aprire all'esame nel merito della questione, che altrimenti sarebbe precluso con una decisione di stretta inammissibilità per erronea indicazione del parametro.

²¹ A. SCALERA, *La legge della Regione Toscana sul fine-vita. Note a prima lettura*, in *Giustizia insieme*, 11 marzo 2025.

²² Per un ulteriore approfondimento sull'organo e sulle sue funzioni si rimanda a M.C. GRISOLIA, R. ROMBOLI, *Il Collegio di garanzia*, in P. CARROZZA, R. ROMBOLI, E. ROSSI (a cura di), *Lineamenti di Diritto costituzionale della Regione Toscana*, Giappichelli, Torino, 2015, 196 ss.

²³ Il Collegio regionale di garanzia statutaria è composto da sette membri, il cui unico requisito, richiesto dall'art. 57 Statuto Toscana, deve essere l'alta e riconosciuta competenza nel campo del diritto pubblico. Esso dura in carica cinque anni e i suoi componenti non sono immediatamente rieleggibili. La legge regionale n. 34/2008, all'art. 2, specifica poi che i membri possano essere scelti tra i professori universitari di materie giuridiche delle università toscane, i magistrati fuori ruolo o gli ex giudici costituzionali, gli avvocati, anche delle avvocature degli enti pubblici, che abbiano maturato almeno sette anni di esercizio della professione e gli ex dirigenti dell'amministrazione regionale o degli enti pubblici con almeno quindici anni di esercizio delle funzioni dirigenziali.

In estrema sintesi, l'istanza del 14 febbraio 2025 lamenta l'incidenza, per mezzo della delibera legislativa, in materie di competenza legislativa esclusiva dello Stato (in particolare "ordinamento civile e penale" di cui all'art. 117, comma 2, lett. l), Cost. e "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni" di cui all'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.), nonché in materie di competenza regionale concorrente (come la "tutela della salute" di cui all'art. 117, comma 3, Cost.), ma in difetto dei principi fondamentali, la cui determinazione spetterebbe in via esclusiva al legislatore statale.

Le suddette violazioni si tradurrebbero così in una "indiretta" lesione del principio di eguaglianza e del principio democratico, ai quali l'azione del legislatore regionale dovrebbe comunque ispirarsi, non solo per la loro particolare pregnanza costituzionale, ma anche perché oggetto di un puntuale richiamo da parte degli artt. 1, 3, 4 e 5 Statuto Toscana (volendo essere precisi, da parte dell'art. 3, comma 2).

La lesione del principio di eguaglianza deriverebbe dalla potenziale discriminazione tra cittadini nel godimento dei diritti fondamentali determinata dall'adozione di una legge regionale al di fuori degli ambiti di competenza costituzionalmente fissati. La violazione del principio democratico, invece, sarebbe determinata dalla indebita sostituzione del legislatore regionale a quello statale nella regolamentazione dei livelli essenziali delle prestazioni, nonché nell'adozione di una legge in materia di tutela della salute senza lo Stato abbia provveduto alla previa determinazione dei principi fondamentali.

In questi termini, è chiaro che gli istanti contestino sia il fatto che la Regione sia intervenuta in un ambito di competenza riservato allo Stato, sia che abbia adottato una legge in un ambito di competenza concorrente, ma senza attendere l'intervento del legislatore statale per la determinazione dei principi fondamentali. Tra le due doglianze non è stabilito un ordine di subordinazione, ma si tratta sicuramente di violazioni non concorrenti, perché o si ritiene che la Regione Toscana abbia invaso la competenza del legislatore statale, violando il disposto dell'art. 117, comma 2, Cost., o si ritiene che abbia adottato una legge in un ambito legittimo, ai sensi dell'art. 117, comma 3, Cost., ma senza adeguarsi ai principi fondamentali della materia, essendo rimasto il legislatore statale silente al riguardo.

Nella Deliberazione 11 febbraio 2025, n. 2²⁴, il Collegio ribadisce che, ai sensi dell'art. 57 Statuto Toscana e della legge regionale n. 34/2008, ad esso non spetta verificare la conformità delle delibere legislative alla Costituzione, ma soltanto la rispondenza di queste alle disposizioni statutarie.

Si tratta, quindi, di verificare in quali termini un'istanza argomentata a partire da censure puramente costituzionali possa essere ammessa al sindacato nel merito del Collegio di garanzia.

Per fare ciò, come si accennava, il giudicante ricorre ad una sottile ricostruzione interpretativa secondo cui la violazione delle disposizioni costituzionali sul riparto di competenza legislativa è in grado di incidere sulle condizioni che garantiscono l'eguaglianza dei cittadini. Ciò sia nel caso di violazione della competenza esclusiva del legislatore statale, perché riferita ad ambiti in cui non sono ammessi spazi per una differenziazione territoriale, sia nel caso di adozione di una legge in ambito di competenza concorrente, ma in mancanza dei principi fondamentali, la cui adozione mira ad assicurare proprio quelle condizioni essenziali di eguaglianza che la normativa di dettaglio non può ignorare.

Questo principio, dalla valenza sicuramente costituzionale, è altresì richiamato dall'art. 3, comma 2, Statuto Toscana, il quale sancisce che «La Regione opera al fine di realizzare il pieno sviluppo della persona e dei principi di libertà, giustizia, uguaglianza, solidarietà, rispetto della dignità personale e dei diritti umani». In tal senso, ogni persona della Regione avrebbe il diritto a un trattamento non distinto da quello riservato alle altre persone a livello nazionale, diritto che si traduce nel relativo obbligo per la Regione di non creare disparità di trattamento per i propri cittadini, incluso mediante l'adozione di leggi al di fuori degli ambiti di competenza ad essa riconosciuti.

²⁴ La Deliberazione del Collegio regionale di garanzia statutaria della Toscana, 11 marzo 2025, n. 2: Approvazione del giudizio di conformità allo Statuto della legge regionale n. 5 del 2025, è reperibile al sito <https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANZIA/documenti/Deliberazione%202025%20e%20allegato.pdf>

L'istanza, quindi, non sarebbe diretta a sollecitare un inammissibile controllo sull'osservanza del riparto di competenze, piuttosto a vagliare la misura in cui ciò può incidere sul rispetto dell'eguaglianza, principio di rilevanza statutaria oltre che costituzionale.

L'ammissibilità del controllo, però, ha richiesto anche un'ulteriore verifica preliminare, per certi versi "esterna" al contenuto dell'istanza. Il Collegio, infatti, ha ritenuto di dover fornire una precisazione sulla natura delle disposizioni statutarie invocate, fugando il dubbio sulla possibilità di un utilizzo in chiave parametrica dovuta alla loro asserita valenza "politico-culturale" piuttosto che "giuridica". Questa era, infatti, la posizione che la Corte costituzionale aveva esplicitamente sostenuto, a partire dalla sentenza 2 dicembre 2004, n. 372, relativa proprio alle medesime disposizioni che nell'istanza in commento sono utilizzate come parametro.

Con il supporto di una sua precedente deliberazione del 2014²⁵, il Collegio di garanzia statutaria ha ritenuto di doversi in parte discostare da quanto affermato dalla Corte costituzionale, sostenendo che la sua funzione sia quella di garantire il rispetto di tutte le norme, i principi e le finalità statutarie vigenti, senza differenziarle in ragione della loro portata. In questo senso, il richiamo al principio di eguaglianza contenuto nell'art. 3 Statuto Toscana può investire un profilo organizzativo e legittimare l'accesso del Collegio nel merito della questione.

A ben vedere, più che di dissociazione dall'orientamento della Corte costituzionale, il Collegio sembra effettuare la propria valutazione sulla base di un criterio diverso. Nel senso che, ai fini del proprio sindacato, non è rilevante tanto la natura giuridica o politica di una disposizione, piuttosto la circostanza che essa sia vigente e formalmente parte dello Statuto sulla cui base è tenuto ad effettuare il proprio scrutinio della legge regionale.

A sostegno di una tale estensione delle disposizioni utilizzabili come parametro il Collegio aggiunge anche un ulteriore argomento, quello per cui esso sarebbe sprovvisto del potere di annullamento delle leggi impugnate, potendo al più indurre il legislatore a rivedere la propria deliberazione per adeguarla ai parametri violati. In sostanza, più che una vera e propria attività di sindacato (tipica invece del Giudice costituzionale) si tratterebbe di un'attività collaborativa per il miglior rispetto dello Statuto.

Chiariti questi aspetti preliminari il Collegio può entrare nel merito delle censure mosse dagli istanti. Il primo interrogativo che si pone, e che in buona sostanza sintetizza l'intera portata dell'istanza, è se la Regione abbia correttamente esercitato la propria potestà legislativa.

Come già detto in apertura di questo paragrafo la tesi sostenuta nell'istanza era che il legislatore regionale avesse violato sia la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di "ordinamento civile e penale" e di "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni", sia quella concorrente in materia di "tutela della salute", in mancanza di una legislazione statale per la determinazione dei principi fondamentali.

Anche sulla scorta del titolo della legge, il Collegio ritiene di poterla collocare nell'ambito della materia di competenza concorrente della "tutela della salute", escludendo il dubbio che possa esservi stata una violazione della competenza esclusiva dello Stato.

In primo luogo, secondo gli istanti l'intervento del legislatore regionale inciderebbe sulla ampiezza della facoltà di ricorrere al suicidio medicalmente assistito. Tuttavia, già il tenore letterale dell'art. 2 della delibera legislativa lasciava intendere che non vi fosse alcun intento di ampliare le condizioni di accesso rispetto a quanto già previsto nelle sentenze n. 242/2019 e n. 135/2024, le quali già fissano i confini di operatività della scriminante, i quali non possono essere "spostati" da una nuova disciplina che ha per oggetto la più circoscritta regolazione delle modalità organizzative delle procedure.

Nemmeno la legge regionale avrebbe l'effetto di trasformare una causa di non punibilità in un nuovo "diritto a prestazione". Questo perché l'argomentazione della Corte, sin dalla prima ordinanza n. 207/2018, ruotava attorno al perno del diritto all'interruzione dei trattamenti vitali, diritto che

²⁵ Si tratta della Deliberazione 24 settembre 2014, n. 1, in cui il Collegio regionale di garanzia statutaria era stato chiamato a pronunciarsi sulla compatibilità della legge elettorale toscana ai principi costituzionali, in particolare al principio democratico, recepito a livello statutario proprio per mezzo dell'art. 3, commi 1 e 2.

andrebbe assicurato anche nei casi in cui necessiti dell'ausilio di un soggetto terzo, come in ipotesi di suicidio assistito. Con le parole del Collegio «il diritto alla interruzione del trattamento [...] contiene in sé necessariamente quello conseguente dell'accesso al suicidio assistito».

In ciò il Collegio ravvisa l'introduzione di un nuovo diritto a prestazione (facendo, però, attenzione a non confonderlo con un vero e proprio diritto generale al suicidio, come la Corte costituzionale ha avuto modo più volte di precisare) e non nella legge della Regione Toscana, la quale al più si limita a disciplinare l'organizzazione dell'erogazione delle prestazioni necessarie a soddisfare il diritto esistente.

Sempre restando nel versante del rispetto delle competenze legislative esclusive dello Stato, il Collegio ritiene che nemmeno quella sulla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, di cui all'art. 117, comma 2, lett. m), Cost., sia lesa dalla legge regionale. Infatti, tale livello sarebbe uniformemente definito dalle condizioni già fissate dalla Corte costituzionale nelle sue sentenze, cui il legislatore toscano rinvia integralmente. Da un punto di vista organizzativo sono rispettate sia le procedure fissate in tema accertamento delle condizioni per il rifiuto dei trattamenti di cui alla legge n. 219/2017, sia i principi di funzionamento del Servizio sanitario nazionale, con la fissazione dei livelli essenziali di assistenza di cui al d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, riservata alla legge statale.

Proprio a quest'ultimo riguardo, se alla legge statale è riservata la fissazione di livelli essenziali di prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, nulla esclude che, ove lo Stato non abbia provveduto a fissare i suddetti livelli minimi, il legislatore regionale possa assicurare una prestazione ulteriore, corrispondente ad un diritto già riconosciuto, sempre che il suo intervento si collochi in un ambito coperto da un autonomo titolo di competenza. In altri termini, l'intervento del legislatore regionale, in materia di "tutela della salute", potrebbe comunque assicurare prestazioni ulteriori rispetto a quelle minime fissate dal legislatore statale, a maggior ragione quando quest'ultimo non abbia provveduto in tal senso rispetto a un diritto già riconosciuto.

In conclusione, come si è innanzi anticipato, il Collegio propende per la soluzione favorevole a collocare la legge regionale n. 16/2025 nella materia "tutela della salute", di competenza concorrente della Regione. Ed è su questo profilo che sofferma la propria attenzione, per verificare se la legge abbia rispettato i principi effettivamente fissati dal legislatore statale ovvero si sia sovrapposta a quest'ultimo.

Nel rigettare l'istanza il Collegio ritiene che la determinazione dei principi fondamentali non necessiti di un provvedimento *ad hoc*, potendo questi essere ricavati anche dal complesso della legislazione statale vigente.

È in questo senso che andrebbero intesi sia la determinazione delle condizioni di accesso al suicidio, fissate dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242/2019, sia il rinvio alle modalità di accertamento delle condizioni già fissate per il rifiuto dei trattamenti dalla legge n. 219/2017.

Il Giudice delle leggi riconduce ad una medesima radice sia l'autodeterminazione nell'interruzione dei trattamenti vitali sia quella sulla scelta di morire per l'interruzione di quei trattamenti, per questo motivo la procedura già fissata dalla legge n. 219/2017 si adatta alla soddisfazione delle esigenze e dei valori implicati nelle scelte di suicidio assistito.

La legge n. 219/2017 definisce, quindi, i principi fondamentali che il legislatore regionale sarebbe tenuto a rispettare; ma non solo, anche nel regolare le modalità più strettamente organizzative sull'erogazione delle prestazioni questo si sarebbe attenuto ai principi fissati dal d.lgs. n. 502/1992. In definitiva, non solo la Regione sarebbe intervenuta in un ambito di competenza proprio, seppur concorrente, ma lo avrebbe fatto anche nel pieno rispetto dei principi fondamentali della materia ricavabili dal sistema legislativo statale vigente.

Dal punto di vista statutario ciò si traduce nell'infondatezza di ogni dubbio su una lesione, seppur indiretta, del principio di eguaglianza, determinato da un intervento legislativo regionale non in linea con il riparto di competenze fissato dall'art. 117 Cost.

6. I contenuti della legge: esigenza di definizione di un iter standardizzato e di certezza dei tempi della procedura

La complessità delle vicende che hanno preceduto l'approvazione della legge toscana n. 16/2025 ha indotto a soffermarsi maggiormente sugli aspetti "prodromici", sui precedenti della Corte, sull'approccio della dottrina, sui controlli di compatibilità statutaria. Superate queste difficoltà l'iter è giunto a conclusione, portando all'entrata in vigore una legge articolata sulla procedura da seguire nell'accesso al suicidio assistito. Molto più articolata dell'originaria proposta di iniziativa popolare, in quanto tiene conto di alcuni aspetti applicativi che già erano emersi nella quotidianità degli operatori sanitari²⁶.

L'esame dell'articolato si apre con gli artt. 1 e 2, i quali disciplinano rispettivamente le finalità e i requisiti di accesso al suicidio medicalmente assistito. Essendo ovviamente precluso al legislatore regionale di intervenire su tali aspetti la disposizione, come detto, si limita a rinviare alle sentenze della Corte costituzionale conferenti e alla legge n. 219/2017.

La scelta del rinvio alla giurisprudenza, in luogo di una puntuale indicazione delle condizioni di accesso, parrebbe mossa dal fine di evitare possibili obiezioni nel senso di una incidenza sulla esatta configurazione del diritto, con conseguente travalicamento nel campo della competenza esclusiva del legislatore statale.

Preliminarmente alla determinazione della puntuale sequenza procedimentale, il legislatore regionale dedica una espressa disposizione alla istituzione di un nuovo organo coinvolto nella verifica delle condizioni di accesso al suicidio assistito e nella verifica e definizione delle modalità di attuazione. L'art. 3 della legge è dedicato appunto all'istituzione della Commissione multidisciplinare permanente, alla quale dovrebbero provvedere le singole AUSL (Azienda unità sanitaria locale) entro quindici giorni dall'entrata in vigore della legge, seguendo i criteri fissati dalla disposizione in esame.

La Commissione, cui pertanto spetta un duplice intervento – uno preventivo, per l'accertamento della sussistenza delle condizioni, e uno successivo, per la definizione delle modalità di esecuzione, secondo i criteri più avanti fissati dalla legge – è composta da un medico palliativista, un medico psichiatra, un medico anestesista, uno psicologo, un medico legale e un infermiere; a questi si affianca variabilmente un medico specialista della patologia da cui è affetto il richiedente.

Questi soggetti sono di regola individuati nell'ambito del personale dipendente dell'AUSL. La partecipazione è su base volontaria e, nel caso di indisponibilità, la composizione può essere completata attingendo al personale dipendente di altre aziende o altri enti del servizio sanitario regionale. La volontarietà della partecipazione esclude altresì qualsiasi forma di compenso o indennità, fatto salvo il rimborso delle spese sostenute. La partecipazione rientra tra le attività istituzionali del personale e deve svolgersi in orario di lavoro.

Questa disposizione, che si discosta sotto vari profili dal testo della proposta di legge popolare, ricalca in buona misura quanto già previsto dalle Linee guida delle AUSL Toscana del 2024²⁷.

Individuato quest'organo, che assolve ad una funzione centrale in tutta la procedura, la legge passa a definire i due "canali" in cui essa si snoda: la prima, per la verifica dei requisiti, e la seconda, per la valutazione/definizione delle modalità di esecuzione. Preliminarmente, però, definisce, all'art. 4, le modalità con cui l'istanza è presentata dalla persona richiedente.

²⁶ Che, non a caso, si erano dotati di un sistema di "norme" che, a prescindere dalla loro qualificazione sul piano delle fonti, servivano proprio a risolvere i numerosi aspetti dubbi che ancora residuavano dalle sentenze della Corte costituzionale e dalla procedura della legge n. 219/2017.

²⁷ La composizione della Commissione proposta dalle Linee guida è quasi del tutto sovrapponibile a quella della legge regionale n. 16/2025, se ne discosta per la previsione di una ulteriore figura compresa, quella del "Coordinatore organizzativo della Commissione". Per il resto si ribadisce che la partecipazione alla Commissione costituisce attività istituzionale del personale. Più essenziale, invece, è la composizione che aveva suggerito il Parere del Comitato Regionale di Bioetica del 14 febbraio 2020, secondo cui nella composizione doveva essere garantita almeno la presenza di un medico palliativista, di uno psicologo, di un medico specialista nelle terapie di sostegno vitale e, di volta in volta, di uno specialista della patologia sofferta dal richiedente e del medico di fiducia del richiedente.

La scelta pare orientata nel senso di una ampia libertà di forme, in quanto ci si limita a stabilire che l'istanza per l'accertamento delle condizioni e per la valutazione delle modalità di attuazione può essere presentata all'AUSL competente per territorio direttamente dalla persona interessata o da un suo delegato. La domanda è corredata della documentazione sanitaria disponibile, al quale permetterà alla Commissione di esprimere il proprio giudizio sulla sussistenza delle condizioni. In altri termini, è da questa documentazione che deve rilevare l'aspetto che concerne la tipologia di malattia irreversibile, il grado delle sofferenze e la sussistenza di trattamenti di sostegno vitale. Come contenuto eventuale potrà essere indicato il medico di fiducia e il protocollo di esecuzione (in tal caso la Commissione sarà chiamata ad un controllo finalizzato all'approvazione, più che alla definizione puntuale del protocollo da seguire).

Ricevuta l'istanza, l'AUSL la trasmette tempestivamente alla Commissione e al Comitato per l'etica clinica, istituito ai sensi dell'art. 99 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40²⁸.

Da questo momento decorre il termine di venti giorni entro cui la Commissione deve concludere la procedura di valutazione dei requisiti, potendo sospendere il termine una sola volta e per non più di cinque giorni quando si ponesse la necessità di effettuare accertamenti clinico-diagnostici²⁹.

Nel rispetto della prescrizioni fornite dalla Corte costituzionale nella sua giurisprudenza, la Commissione è tenuta a vagliare preliminarmente la sussistenza della pre-condizione della necessaria e adeguata informazione circa la possibilità per il paziente di accedere ad un percorso di cure palliative, oltre alla possibilità di accedere alla procedura, già disciplinata dalla legge n. 219/2017, per il rifiuto dei trattamenti vitali associato alla sedazione palliativa profonda continua. Ai fini dell'adeguatezza dell'informazione, anche in presenza del dato legislativo, resta imprescindibile la necessità di integrarne la portata con quanto stabilito dalla Linee guida 2024³⁰.

Questo profilo è di estrema importanza, non a caso il Preambolo alla legge si apre proprio con un richiamo alla connessione tra la tutela della dignità della vita della persona e la garanzia dell'assistenza necessaria nel rispetto della legge n. 38/2010. In questo senso, avrebbe potuto costituire oggetto di una regolamentazione espressa anche la modalità di erogazione di queste cure, nelle ipotesi in cui, a seguito dell'informazione, fosse mutato il convincimento originario per il suicidio.

Invece, come è possibile riscontrare proseguendo la lettura dell'art. 5 della legge, si fa riferimento esclusivamente all'ipotesi in cui il richiedente confermi la volontà di accedere al suicidio assistito. Accertata la volontà la Commissione procede all'esame dei requisiti, basandosi sulla documentazione ricevuta, sugli ulteriori accertamenti medici reputati necessari, sulla interlocuzione personale con il richiedente, anche sentendo il medico di fiducia, ove indicato nell'istanza. Oggetto dell'accertamento

²⁸ La precisazione e il rinvio al dato normativo regionale è importante, perché fornisce un significativo chiarimento rispetto ai contenuti della sentenza n. 242/2019. In quella sede, infatti, tale funzione era assegnata ai Comitati etici istituiti con d.l. n. 158/2012 per le questioni concernenti la sperimentazione clinica su medicinali ad uso umano. I Comitati esistenti presso la Regione Toscana, invece, sembrano essere meglio calibrati per la funzione che viene loro assegnata in tema di suicidio medicalmente assistito.

²⁹ Le Linee guida del 2024 prevedono al riguardo la possibilità che il paziente possa essere invitato a sottoporsi a una visita da parte della Commissione, anche di tipo domiciliare, e che, allo stesso tempo, non abbia modo di opporsi alla richiesta.

³⁰ La centralità dell'informazione sulle cure palliative è ribadita dalle Linee guida del 2024, ove si sottolinea non solo il carattere preliminare di tale informazione, ma anche le conseguenze legate al mutamento di volontà del paziente. Ove questi dovesse accettare di intraprendere un percorso di cure palliative, infatti, l'istanza di suicidio assistito decade. Ai fini dell'accertamento, inoltre, è previsto che l'interessato possa ricevere la visita domiciliare da parte del medico di medicina generale e del medico palliativista, che inviano l'esito alla Commissione per la valutazione preliminare. L'onere informativo sulle cure palliative non si esaurisce alla fase preliminare, ma occorre mantenere aperto il dialogo sulle stesse in ogni fase della procedura. Ciò è necessario in ogni fase implicante il «riesame del piano di cure, per assicurare che il paziente e i familiari siano concordi con le modifiche da apportare al trattamento. Infine, in una fase avanzata della malattia, quando la scelta delle cure palliative diviene ineludibile, è imperativo mantenere un dialogo aperto e circostanziato, in modo che tutte le parti coinvolte siano pienamente consapevoli delle implicazioni e delle aspettative legate all'adozione di un percorso palliativo».

è anche la libertà e la consapevolezza della volontà manifestata, da effettuarsi secondo le modalità dell'art. 1, comma 4, legge n. 219/2017.

Per gli aspetti etici della vicenda la Commissione deve chiedere il parere del Comitato per l'etica clinica³¹, trasmettendo l'ulteriore documentazione raccolta e l'esito degli accertamenti effettuati, visto che, a norma dell'art. 4, il Comitato già riceve dall'AUSL l'istanza con la documentazione originaria allegata. Il Comitato deve esprimere il parere entro sette giorni dal ricevimento della documentazione.

Al fine di fugare il dubbio sulla perentorietà del termine di cui al comma 1, il legislatore ha inserito, in fase di deliberazione, un ulteriore comma in cui precisa che, al fine di consentire che il rispetto del termine di sette giorni concesso al Comitato per rendere il suo parere non entri in conflitto con il rispetto del termine "generale" di venti giorni, la Commissione deve trasmettere la sua richiesta in tempo utile per permettere al Comitato di pronunciarsi (in altri termini, la richiesta di parere dovrebbe essere avviata non più tardi di tredici giorni dall'istanza del richiedente).

Una volta ricevuto il parere la Commissione redige la propria valutazione e la trasmette, entro il termine fissato dal comma 1, all'AUSL che la comunicherà alla persona interessata³².

Tutto il procedimento di valutazione sembra essere incardinato attorno ad una puntuale definizione dei tempi della procedura (che, nell'attesa del testo ufficiale della delibera, potrebbero essere ulteriormente "affinati"). L'elemento "tempo" è decisivo rispetto al concetto di dignità del morire, perché, di fatto, una delle ragioni reali che facevano dubitare della legittimità della normativa che consentiva il rifiuto dei trattamenti medici e della alimentazione/idratazione artificiale era legata alla incertezza del verificarsi dell'evento, oltre che alle modalità concrete con cui sopraggiunge la morte, incompatibili con il concetto di dignità del morire della persona.

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

In questa fase la persona interessata può chiedere alla Commissione di approvare un protocollo redatto dal medico di fiducia sulle modalità di attuazione del suicidio assistito, ove non presentato con l'istanza. Oppure può chiedere alla Commissione di definire le modalità di attuazione, mediante un apposito protocollo sul quale deve essere trovato l'accordo con la persona stessa. Nel caso in cui l'accordo non fosse raggiunto la richiesta non può aver seguito.

³¹ La necessità di rivolgersi a un organo collegiale terzo per la tutela dei soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità era stata prevista dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242/2019. Tale compito era assegnato, in quella sede, ai Comitati etici istituiti ai sensi dell'art. 12 del d.l. n. 158/2012. L'importanza di tale organo è ribadita dalle Linee guida del 2024, le quali, però, precisano che questo è chiamato a rendere un parere obbligatorio, ma non vincolante, affidando in definitiva la valutazione sulla sussistenza dei presupposti alla Commissione istituita ai sensi dell'art. 3 della legge. Interessante sul punto è la posizione espressa dal Comitato Regionale di Bioetica nel parere del 14 febbraio 2020, in cui si evidenzia la difficoltà di risalire alla *ratio* della assegnazione di dette funzioni ai Comitati etici. Guardando al decreto-legge che li istituisce, si tratterebbe di organi terzi chiamati a pronunciarsi sugli aspetti etici legati alle sperimentazioni cliniche sui farmaci ad uso umano. A chiarire il quadro sovviene il decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013 il quale stabilisce che «ove non già attribuita a specifici organismi, i comitati etici possono svolgere anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona». Questa estensione delle competenze operata dal decreto ministeriale, però, riceve nel caso della Toscana ulteriore specificazione perché, come sopra riportata, si è provveduto in questa Regione a istituire nuovi organismi, i Comitati per l'etica clinica, distinti dai Comitati etici per la sperimentazione clinica, aventi la funzione di pronunciarsi su tutti gli aspetti etici concernenti l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

³² In questi ultimi passaggi la procedura ricalca modalità e tempistiche di quella definita dalle Linee guida del 2024. Tuttavia, va segnalata una eventualità che la legge non sembra prendere in considerazione, ossia che la Commissione, organo collegiale, non raggiunga l'unanimità. In questo caso, seguendo le Linee guida, la decisione potrebbe essere adottata a maggioranza, ma la relazione dovrà riportare anche i pareri divergenti.

Sono altresì definiti i criteri che devono immancabilmente essere rispettati nella redazione del protocollo: in primo luogo la previsione dell'assistenza del medico, visto che siamo sempre nell'ambito di una procedura medicalizzata, che non potrebbe essere svolta da chi non abbia le competenze necessarie in ambito sanitario, e, in secondo luogo, che le modalità siano tali da «evitare abusi in danno delle persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze»³³.

Anche rispetto alla decisione sul protocollo concernente le modalità attuative è previsto il coinvolgimento del Comitato per l'etica clinica, il quale deve esprimere il proprio parere entro cinque giorni dalla trasmissione della documentazione da parte della Commissione. Ricevuto il parere la Commissione redige la relazione finale (anche qui nei termini indicati dal comma 1) e la trasmette all'AUSL, cui spetterà comunicare gli esiti all'interessato.

Comunicato l'esito della valutazione delle modalità di attuazione, l'art. 7 disciplina l'esecuzione della procedura e il supporto fornito alla stessa. Ciò deve avvenire entro sette giorni dalla comunicazione, termine entro il quale l'AUSL deve attivarsi per fornire al richiedente il supporto tecnico e farmacologico conforme al protocollo approvato, nonché l'assistenza sanitaria per l'auto-somministrazione del farmaco³⁴. L'assistenza ha carattere volontario, in ossequio a quanto disposto dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, il cui par. 6 Cons. diritto esclude che la richiesta di accesso al suicidio assistito implichi il sorgere di un obbligo di fornire assistenza in capo al medico.

Questo passaggio è significativamente diverso da quanto previsto dalla Linee guida del 2024, in quanto queste prevedono che «l'Azienda non fornisce i farmaci letali ed i dispositivi medici necessari, né il *setting* assistenziale idoneo e il personale sanitario, tantomeno mette a disposizione proprie strutture per l'attuazione dell'aiuto al suicidio farmacologico medicalmente assistito». Sempre secondo le Linee guida spetterebbe all'interessato indicare il personale sanitario, esperto nella somministrazione di sedativi e anestetici (con preferenza per un medico anestesista e un infermiere esperto in terapia intensiva), che fornirà l'ausilio nella esecuzione della procedura. Accertata la disponibilità del personale sanitario, la procedura potrà essere attuata al domicilio del paziente o, in alternativa, dovrà essere indicata la sede prescelta.

³³ I medesimi criteri sono previsti dalle Linee guida del 2024, le quali, con maggior dettaglio, stabiliscono che tenuto conto delle condizioni cliniche del paziente, alla Commissione spetterà verificare «l'idoneità del farmaco e dei dispositivi medici, le dosi, le modalità di auto-somministrazione talché siano in grado di garantire una morte rapida, indolore e la più dignitosa possibile rispetto all'alternativa del rifiuto delle cure con sedazione profonda continuativa». Come criterio tecnico di valutazione, le Linee guida si soffermano poi sulle alternative farmacologiche a disposizione, alcune somministrabili per via orale, altre per via endovenosa. Al fine di ridurre al minimo i possibili inconvenienti si suggerisce preferibilmente per scegliere farmaci somministrabili per via endovenosa. Si indicano i farmaci da utilizzare in via preferenziale per la somministrazione endovenosa (il Tiopentale Sodico e il Propofol) o orale (Pentobarbital o un cocktail di fenobarbital, diazepam, morfina e amitriptilina), avendo cura di precisare le dosi necessarie e le modalità di somministrazione, anche in combinazione con altri farmaci, necessari a ridurre il rischio di complicanze.

³⁴ Si tratta di un passaggio particolarmente delicato, non a caso oggetto di una distinta valutazione nelle Linee guida, rispetto al quale può essere utile il richiamo a quanto osservato nel parere della Consulta di garanzia statutaria della Regione Emilia-Romagna del 22 febbraio 2023. In questo caso, infatti, si sottolineava come la Corte costituzionale, con la sentenza n. 242/2019, non avesse configurato tanto un diritto a darsi la morte con l'ausilio delle strutture del Servizio sanitario nazionale (SSN), quanto piuttosto scriminato le condotte di aiuto al suicidio, rimettendo alle strutture del SSN l'accertamento delle condizioni per la non punibilità, dell'idoneità delle modalità di esecuzione e dei farmaci scelti. In altri termini, la decisione della Corte non avrebbe dato vita ad un vero e proprio «diritto a prestazione» per il paziente, con connesso obbligo di fornirla in capo al SSN, ma avrebbe inteso solo rimettere in capo alle strutture del servizio pubblico il compito di accertare la sussistenza delle condizioni, attraverso una procedura medicalizzata che le leggi regionali possono contribuire ad implementare. Diversamente le Regioni non si limiterebbero nei loro interventi normativi a dare pura e semplice esecuzione al dettato della Corte, ma amplierebbero il senso delle decisioni, riconfigurando la portata del diritto ed estendendolo dalla verifica delle condizioni di non punibilità all'assistenza materiale nella esecuzione della procedura. In questo senso, l'intervento regionale non si limiterebbe alla pura «organizzazione della procedura», ma investirebbe direttamente la sostanza e la portata del diritto, vertendo in una materia che, ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m) e l), Cost., deve ritenersi riservata al legislatore statale.

I restanti commi dell'art. 7 disciplinano aspetti distinti dalla procedura che, con l'auto-somministrazione è giunta al suo ineludibile epilogo.

Al comma 2 è espressamente affermato che i trattamenti disciplinati dalla legge regionale costituiscono un livello di assistenza superiore rispetto ai livelli essenziali di assistenza, cui la Regione fa fronte con risorse proprie. Si tratta, come già detto in precedenza, di una puntualizzazione che mira a sottrarre la legge alla possibile obiezione di aver invaso una competenza del legislatore statale, cui spetta l'esclusiva disciplina dei livelli essenziali delle prestazioni ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.

Al comma 3 è prevista la possibilità per la persona richiedente di sospendere o annullare la procedura in qualsiasi momento, anche a seguito della autorizzazione e fino all'istante immediatamente precedente la auto-somministrazione.

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

A conclusione della legge si rinvencono due disposizioni la prima delle quali prevede la gratuità delle prestazioni fornite dal servizio sanitario regionale (art. 8) e la seconda stanziava la somma di 10.000 € per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027 per l'attuazione delle prestazioni e dei trattamenti previsti dalla legge (art. 9).

Il coordinamento tra le due disposizioni permette di affermare che la gratuità della prestazione vada considerata nei rapporti con la persona richiedente, sulla quale non andrà a gravare il costo "vivo" della procedura, ma non deve essere confusa con il distinto concetto di "onerosità della prestazione"; come qualsiasi trattamento sanitario, anche quello inerente alle procedure di suicidio assistito implica dei costi di materiali, strutture o personale (per quanto a queste attività il personale coinvolto vi attenda in orario di lavoro) alla quale la Regione intende provvedere con risorse proprie. Il dubbio piuttosto riguarda l'adeguatezza della somma stanziata, che appare verosimilmente molto bassa, ma una stima realistica andrebbe fatta tenendo presente l'effettivo numero di soggetti richiedenti³⁵.

7. In prospettiva: la legge regionale in materia di fine vita di fronte al Giudice costituzionale?

La legge della Regione Toscana n. 16/2025 può sicuramente essere definita "coraggiosa", perché prima in Italia ad occuparsi espressamente delle modalità organizzative delle procedure di suicidio medicalmente assistito, ma è anche un "segnale" chiaro della opportunità di un intervento del legislatore statale che rechi una disciplina in grado di garantire un accesso uniforme alle prestazioni. È evidente che il legislatore regionale, stretto tra le pieghe di un riparto di competenze estremamente complesso, non ha la possibilità di toccare ogni aspetto meritevole di attenzione nelle vicende del suicidio medicalmente assistito, soprattutto perché è chiamato a muoversi lungo il confine incerto tra sostanza del diritto e organizzazione dei servizi necessari alla sua realizzazione.

Mentre una legge regionale potrebbe intervenire a regolare gli aspetti che ricadono nel secondo ambito – come il legislatore toscano ha cercato di sostenere anche nel titolo della propria legge – non potrebbe in alcun modo ingerirsi nella configurazione dell'estensione di un diritto. È per questo che alcuni profili tutt'oggi discussi, come quello sulla possibilità o meno di individuare una ipotesi di obiezione di coscienza del personale sanitario nel suicidio assistito³⁶, non potevano essere

³⁵ Per alcuni dati statistici sulle richieste informative e sulle procedure avviate a partire dal 2019 v. [In Italia hanno finora usufruito del 'fine vita' 11 persone](#), in AGI, 11 febbraio 2025. Se si guarda alle dichiarazioni dell'organizzazione svizzera di aiuto al suicidio *Dignitas*, facendo riferimento ai soli italiani che accedono alle procedure presso strutture elvetiche, i numeri sono destinati a salire, con circa 207 persone che hanno fatto ricorso al suicidio assistito tra il 1998 e il 2022. Cfr. R. GIRANI, *La disciplina del suicidio assistito nell'ordinamento elvetico: il fenomeno del cd. «suicide tourism» dall'Italia alla Svizzera*, in *BioLaw Journal*, n. 3, 2023, 165 ss.

³⁶ Si veda G. CAMPANELLI, *Obiezione di coscienza e suicidio medicalmente assistito. Esercizio di un diritto individuale o limitazione della libertà altrui*, Giappichelli, Torino, 2023.

affrontati dal legislatore toscano, il quale, diversamente, avrebbe invaso un ambito riservato alla competenza dello Stato ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. l) e m), Cost.

La ferma volontà del legislatore regionale toscano nel giungere ad approvare una legge che segna un passo in avanti "storico" nella garanzia del diritto all'autodeterminazione nel fine vita non può fugare del tutto il dubbio che essa possa superare indenne un eventuale controllo di costituzionalità³⁷. Al Giudice delle leggi spetterebbe non solo verificare che la potestà legislativa sia stata correttamente esercitata, nel rispetto del riparto di competenze tra Stato e Regioni delineato in Costituzione, e che quindi la Regione si sia limitata a regolare le modalità procedurali di attuazione del diritto, senza incidere sulla sua sostanza, ma anche l'effettiva aderenza della procedura stabilita dalla legge regionale n. 16/2025 a tutte le condizioni fissate dalle sentenze n. 242/2019 e 135/2024, in particolare alla prioritaria necessità di assicurare al richiedente un adeguato percorso di cure palliative.

Con l'entrata in vigore della legge toscana sull'accesso alle procedure di suicidio medicalmente assistito ha preso avvio il cammino verso il riconoscimento di una garanzia piena dei diritti della persona sofferente nel fine vita, ma il percorso è ancora lungo e, per giungere a conclusione, non può prescindere dall'intervento del legislatore statale, al quale ora il legislatore toscano ha lanciato un segnale, in attesa che questi si decida finalmente a raccogliarlo.

³⁷ A. CANDIDO, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni*, cit., 1005.