CORTE COSTITUZIONALE

Sentenza **204/2025** (ECLI:IT:COST:2025:204)
Giudizio: **GIUDIZIO DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE IN VIA PRINCIPALE**
Presidente: **AMOROSO** - Redattore: **VIGANÒ - ANTONINI**
Udienza Pubblica del **04/11/2025**; Decisione del **04/11/2025**
Deposito del **29/12/2025**; Pubblicazione in G. U.
Norme impugnate: Legge della Regione Toscana 14/03/2025, n. 16.
Massime:
Atti decisi: **ric. 20/2025**

SENTENZA N. 204

ANNO 2025

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE COSTITUZIONALE

composta da: Presidente: Giovanni AMOROSO; Giudici : Francesco VIGANÒ, Luca ANTONINI, Stefano PETITTI, Angelo BUSCEMA, Emanuela NAVARRETTA, Maria Rosaria SAN GIORGIO, Filippo PATRONI GRIFFI, Marco D'ALBERTI, Giovanni PITRUZZELLA, Antonella SCIARRONE ALIBRANDI, Massimo LUCIANI, Maria Alessandra SANDULLI, Roberto Nicola CASSINELLI, Francesco Saverio MARINI,

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di legittimità costituzionale della legge della Regione Toscana 14 marzo 2025, n. 16 (Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024), promosso dal Presidente del Consiglio dei ministri con ricorso notificato il 14 maggio 2025, depositato in cancelleria il successivo 16 maggio, iscritto al n. 20 del

registro ricorsi 2025 e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica n. 22, prima serie speciale, dell'anno 2025.

Visto l'atto di costituzione della Regione Toscana;

uditi nell'udienza pubblica del 4 novembre 2025 i Giudici relatori Francesco Viganò e Luca Antonini;

uditi gli avvocati dello Stato Giancarlo Caselli e Gianna Galluzzo per il Presidente del Consiglio dei ministri e l'avvocato Fabio Ciari per la Regione Toscana;

deliberato nella camera di consiglio del 4 novembre 2025.

Ritenuto in fatto

1.– Con ricorso notificato il 14 maggio 2025, depositato in cancelleria il successivo 16 maggio e iscritto al n. 20 del registro ricorsi 2025, il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, ha impugnato l'intera legge della Regione Toscana 14 marzo 2025, n. 16 (Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024), nonché i suoi articoli da 1 a 6, e l'art. 7, comma 2, in riferimento, nel complesso, all'art. 117, commi secondo, lettere *l)* e *m)*, e terzo, della Costituzione.

Il ricorso riassume i contenuti delle disposizioni della legge regionale impugnata, il cui art. 1 enuncia la finalità di disciplinare – nell'esercizio delle competenze regionali «in materia di tutela della salute», come dichiarato nel punto 6 del preambolo – «le modalità organizzative per l'attuazione di quanto disposto dalle sentenze della Corte costituzionale 25 settembre 2019, n. 242 e 1° luglio 2024, n. 135, relative al suicidio medicalmente assistito». Ai sensi del successivo art. 2, «[f]ino all'entrata in vigore della disciplina statale,» alle procedure relative a quest'ultimo «possono accedere» le persone in possesso dei requisiti indicati dalle richiamate sentenze, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento).

L'art. 3, al comma 1, stabilisce che le aziende unità sanitarie locali «istituiscono una Commissione multidisciplinare permanente […] per la verifica della sussistenza dei requisiti di accesso al suicidio medicalmente assistito nonché per la verifica o definizione delle relative modalità di attuazione», mentre, ai commi successivi, disciplina la composizione professionale della commissione, prevedendo che ne faccia parte il personale dipendente di enti sanitari regionali, individuato su base volontaria, e che quella ivi svolta è considerata attività istituzionale, non comportante la corresponsione di alcuna indennità di carica o di presenza.

Ai sensi del comma 1 dell'art. 4 (Modalità di accesso al suicidio medicalmente assistito), «[l]a persona interessata, o un suo delegato, presenta all'azienda unità sanitaria locale competente per territorio una istanza per l'accertamento dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito nonché per l'approvazione o definizione delle relative modalità di attuazione». Il successivo comma 2 richiede che l'istanza sia corredata dalla documentazione sanitaria disponibile, nonché, eventualmente, «dall'indicazione di un medico di fiducia e dal protocollo» recante le modalità di attuazione del suicidio medicalmente assistito; l'istanza e la relativa documentazione sono tempestivamente trasmesse, in forza del comma 3 della stessa disposizione, alla richiamata commissione e al Comitato per l'etica nella clinica operante presso l'azienda ai sensi dell'art. 99 della legge della Regione Toscana 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale).

L'art. 5, relativo alla «[v]erifica dei requisiti», prevede che:

«1. La procedura per la verifica dei requisiti di cui all'articolo 2, comma 1, si conclude entro venti giorni dal ricevimento dell'istanza mediante la comunicazione di cui al comma 6. Il termine può essere sospeso una sola volta, per un periodo non superiore a cinque giorni, per accertamenti clinico-diagnostici.

2. La Commissione verifica in via preliminare che il richiedente abbia ricevuto una informazione chiara e adeguata sulla possibilità di accedere ad un percorso di cure palliative. Il richiedente è altresì informato del suo diritto di rifiutare o revocare il consenso a qualsiasi trattamento sanitario, anche di sostegno vitale, e della possibilità di ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua ai sensi della l. 219/2017.

3. Se il richiedente conferma la volontà di accedere al suicidio medicalmente assistito, la Commissione procede alla verifica dei requisiti. A tal fine la Commissione esamina la documentazione prodotta ed effettua gli accertamenti che si rendano necessari, anche col supporto delle strutture del servizio sanitario regionale, assicurando l'interlocuzione personale e diretta con la persona interessata, sentito il medico di fiducia eventualmente indicato dalla persona stessa. Il consenso al suicidio medicalmente assistito deve essere espresso in modo libero e consapevole ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della l. 219/2017.

4. La Commissione chiede il parere del Comitato sugli aspetti etici del caso in esame trasmettendo al medesimo la documentazione inerente alla interlocuzione e agli accertamenti effettuati. Il Comitato esprime il parere entro sette giorni dal ricevimento della documentazione.

5. La Commissione è tenuta a richiedere il parere del Comitato in tempo utile affinché il rispetto del termine di cui al comma 4 sia compatibile con l'osservanza del termine complessivamente previsto per la conclusione della procedura di cui al comma 1.

6. La Commissione redige la relazione finale attestante gli esiti dell'accertamento dei requisiti. L'azienda unità sanitaria locale comunica alla persona interessata gli esiti dell'accertamento».

L'art. 6, che secondo il ricorrente concernerebbe «l'introduzione di un atipico obbligo sanitario», così dispone:

«1. In caso di esito positivo della verifica dei requisiti la Commissione procede, ai sensi dei commi 2 e 3, ai fini dell'approvazione o definizione delle modalità di attuazione del suicidio medicalmente assistito. La procedura si conclude entro dieci giorni dalla comunicazione di cui all'articolo 5, comma 6, con la comunicazione degli esiti prevista dal comma 7.

2. La persona interessata può chiedere alla Commissione l'approvazione di un protocollo redatto dal medico di fiducia e recante le modalità di attuazione del suicidio medicalmente assistito.

3. La persona interessata può chiedere altresì alla Commissione di definire, in accordo con la persona stessa, le modalità di attuazione del suicidio medicalmente assistito mediante la redazione di apposito protocollo. In mancanza di accordo la richiesta non ha seguito.

4. Le modalità di attuazione devono prevedere l'assistenza del medico e devono essere tali da evitare abusi in danno delle persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze.

5. La Commissione chiede il parere del Comitato in merito alla adeguatezza del protocollo di cui ai commi 2 e 3. Il Comitato esprime il parere entro cinque giorni dal ricevimento della documentazione trasmessa dalla Commissione.

6. La Commissione è tenuta a richiedere il parere del Comitato in tempo utile affinché il rispetto del termine di cui al comma 5 sia compatibile con l'osservanza del termine complessivamente previsto per la conclusione della procedura di cui al comma 1.

7. La Commissione redige la relazione finale relativa agli esiti della richiesta di cui ai commi 2 e 3. L'azienda unità sanitaria locale comunica al richiedente gli esiti della procedura».

Al supporto alla realizzazione della procedura di suicidio medicalmente assistito è dedicato l'art. 7, ai sensi del quale:

«1. Entro sette giorni dalla comunicazione di cui all'articolo 6, comma 7, l'azienda unità sanitaria locale assicura, nelle forme previste dal protocollo approvato dalla Commissione o dalla stessa definito in modo condiviso con la persona interessata, il supporto tecnico e farmacologico nonché l'assistenza sanitaria per la preparazione all'autosomministrazione del farmaco autorizzato. L'assistenza è prestata dal personale sanitario su base volontaria ed è considerata come attività istituzionale da svolgersi in orario di lavoro.

2. Le prestazioni e i trattamenti disciplinati dalla presente legge costituiscono un livello di assistenza sanitaria superiore rispetto ai livelli essenziali di assistenza. La Regione fa fronte con risorse proprie agli effetti finanziari connessi a tali prestazioni e trattamenti, in conformità a quanto statuito dall'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

3. La persona in possesso dei requisiti autorizzata ad accedere al suicidio medicalmente assistito può decidere in ogni momento di sospendere o annullare l'erogazione del trattamento.

4. In ogni caso, le aziende unità sanitarie locali conformano i procedimenti disciplinati dalla presente legge alla disciplina statale».

Infine, l'art. 8 stabilisce la gratuità delle prestazioni e dei trattamenti «effettuati dal servizio sanitario regionale nell'ambito del percorso terapeutico-assistenziale del suicidio medicalmente assistito», mentre l'art. 9 provvede alla stima e alla copertura degli oneri finanziari per l'attuazione della legge regionale.

1.1.– Il primo motivo di ricorso deduce che l'intera legge reg. Toscana n. 16 del 2025 e il suo art. 1, «pretende[ndo] di dare "attuazione" alle sentenze costituzionali nn. 242/2019 e 135/2024», violerebbero anzitutto, e in via assorbente, l'art. 117, secondo comma, lettera *l)*, Cost., relativo alla materia «ordinamento civile e penale» e, in via subordinata, l'art. 117, terzo comma, Cost., con riferimento alla materia «tutela della salute».

Ad avviso del ricorrente, la disciplina del suicidio medicalmente assistito rientrerebbe nella materia di cui al richiamato secondo comma, lettera *l)*, dell'art. 117 Cost., riservata alla competenza legislativa esclusiva statale, incidendo «su diritti personalissimi, tra i quali quello alla vita, precondizione di tutti i diritti, e all'integrità» fisica dell'individuo. Trattandosi di un «istituto giuridico che, per un verso, innova il diritto civile e, per altro verso, trova applicazione diretta nell'ambito del diritto penale», dovrebbe essere la legge statale a dettarne la disciplina, rimanendo inibito l'intervento del legislatore regionale in ambiti di estrema delicatezza «quali la responsabilità penale (articoli 579 e 580 cod. pen), il dovere di tutela della vita umana, i principi di autodeterminazione, tutela del consenso e rifiuto dei trattamenti sanitari, desumibili dagli articoli 2, 13 e 32 Cost. e 5 cod. civ.».

In altri termini, «[t]utti gli argomenti incisi e i principi sottesi alla tematica *de qua*» andrebbero ricondotti alla suddetta competenza legislativa esclusiva statale, anche per assicurare l'esigenza di uniformità di disciplina sull'intero territorio nazionale.

D’altro canto, richiamando la sentenza n. 50 del 2022 di questa Corte – di inammissibilità della richiesta di *referendum* abrogativo dell’art. 579 del codice penale – l’Avvocatura generale esclude che le norme poste a tutela della vita siano a contenuto costituzionalmente vincolato, risultando dunque necessariamente rimessa alla valutazione del legislatore la determinazione del livello minimo di tutela richiesta dai referenti costituzionali ai quali esse si saldano.

A conferma della incidenza delle previsioni impugnate sull’ordinamento penale, l’Avvocatura generale osserva che la finalità dell’intervento regionale enunciata nell’art. 1 della legge reg. Toscana n. 16 del 2025, ossia disciplinare le modalità organizzative per l’attuazione delle sentenze n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024 di questa Corte, si risolverebbe, in concreto, nel «prevedere e approntare gli strumenti operativi» per l’applicazione della causa di non punibilità introdotta dalle sentenze citate, la cui operatività limitata a una parte del territorio nazionale determinerebbe, inoltre, una disparità di trattamento non tollerabile dall’ordinamento penale.

1.1.1.– Secondo l’Avvocatura, nelle more delle decisioni assunte dal legislatore statale alle regioni non potrebbe essere assegnato «un ruolo “supplente”», dati i principi espressi dalla sentenza n. 262 del 2016 di questa Corte, che, dichiarando l’illegittimità costituzionale di due leggi regionali recanti una disciplina in tema di disposizioni anticipate di trattamento sanitario (DAT), ha ritenuto necessaria in tale ambito l’uniformità di regolamentazione sul territorio nazionale.

Ciò in quanto l’assenza di una specifica legislazione nazionale «non vale a giustificare in alcun modo l’interferenza della legislazione regionale in una materia affidata in via esclusiva alla competenza dello Stato».

In senso analogo rileverebbe altresì la sentenza n. 5 del 2018 di questa Corte, la quale, in materia di obblighi vaccinali, ha sottolineato come il diritto della persona di essere curata efficacemente e di essere rispettata nella propria integrità fisica e psichica debba essere garantito «in condizione di eguaglianza in tutto il Paese, attraverso una legislazione generale dello Stato».

Ad avviso del ricorrente, inoltre, la regolamentazione dei casi in cui l’ordinamento scrimina l’ausilio al suicidio non potrebbe attenere alla materia «tutela della salute», di cui all’art. 117, terzo comma, Cost., richiamato nel preambolo della legge reg. Toscana n. 16 del 2025, in quanto, per un verso, la grave compromissione della salute, considerata dalla giurisprudenza costituzionale , sarebbe solo un «antefatto concreto che scrimina […] comportamenti altrimenti penalmente sanzionati»; per altro verso, la verificazione medica dei presupposti per accedere al suicidio medicalmente assistito sarebbe solo la «modalità accertativa» degli stessi.

In ogni caso, anche qualora si ritenesse, per mera ipotesi, che alcuni aspetti relativi all’esimente rientrino nella suddetta materia, rimarrebbe precluso alle regioni di intervenire prescindendo dalla preventiva determinazione dei principi fondamentali, che l’art. 117, terzo comma, Cost. vuole «riservata alla legislazione dello Stato»; ciò sia perché tali principi conseguirebbero all’assetto dato all’istituto nell’ordinamento civile e penale, sia perché, altrimenti, l’istituto medesimo verrebbe inammissibilmente riconosciuto in maniera difforme sul territorio nazionale (è richiamata la sentenza n. 438 del 2008 di questa Corte).

D’altro canto, prosegue l’Avvocatura, l’auspicio proveniente da questa Corte, nel senso di una «sollecita e compiuta disciplina da parte del legislatore» nella materia del fine vita, non potrebbe che riferirsi al legislatore statale. Di conseguenza, l’introduzione di «qualsiasi normativa regionale in materia di procedure di suicidio assistito», prima che siano delineati quanto meno i principi fondamentali di questo delicato settore, «incide[rebbe] sulle prerogative regolatorie dello Stato», potendo «compromettere il complesso equilibrio tra i principi di diritto ricostruiti dalla giurisprudenza costituzionale».

1.1.2.– Sintomatica della violazione della competenza legislativa esclusiva statale nella materia «ordinamento civile» sarebbe, ad avviso dell'Avvocatura, la previsione di cui all'art. 4, comma 1, della legge regionale impugnata, che rimetterebbe l'attivazione del procedimento a un «"delegato" non meglio specificato nelle sue caratteristiche di legittimazione», pur trattandosi «con certezza di un atto […] personalissimo», e non disciplinerebbe il contenuto e la forma dell'istanza da presentare, lasciando incerto il rapporto con le assai più precise forme dettate dalla legge n. 219 del 2017 in materia di consenso a un trattamento sanitario, la cui applicazione è espressamente indicata dalla giurisprudenza costituzionale.

Inoltre, sarebbe «dubbio» il fatto che non sia stata disciplinata, nel contenuto e nella forma, la facoltà dell'interessato di «sospendere o annullare l'erogazione del trattamento», esplicitata dall'art. 7, comma 3, della legge reg. Toscana n. 16 del 2025, e che non sia stato previsto, prima della esecuzione dello stesso, che «debba essere positivamente accertato che l'interessato non intende sospenderlo o annullarlo».

1.2.– Il secondo motivo di ricorso denuncia la violazione, da parte dell'intera legge reg. Toscana n. 16 del 2025 e dei suoi artt. 2 e 7, comma 2, dell'art. 117, commi secondo, lettera *m)*, e terzo, Cost., in riferimento, rispettivamente, alla competenza legislativa esclusiva statale nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali e a quella concorrente nella materia della tutela della salute.

La richiamata competenza esclusiva, sostiene il ricorso, non potrebbe essere «elusa» dalla qualificazione, operata dal citato art. 7, comma 2, delle prestazioni disciplinate dalla legge regionale come un livello di assistenza superiore rispetto a quelli essenziali, essendo dirimente che gli istituti giuridici che vengono in rilievo, incidendo «sul primo dei diritti civili» garantiti dalla Costituzione, ossia il diritto alla vita, non potrebbero che trovare disciplina in una legge dello Stato.

D'altro canto, la stessa giurisprudenza costituzionale, oltre a non avere affermato «l'esistenza di un "diritto" al suicidio, come prestazione garantita dalla legislazione», fissando piuttosto i casi in cui l'aiuto al suicidio deve ritenersi scriminato, avrebbe considerato in più occasioni un intervento legislativo in questa delicata materia, ma «rivolge[ndosi] solo e soltanto al legislatore nazionale». Sarebbe pertanto precluso alle regioni «modificare, limitare o condizionare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto alla vita […] e, segnatamente, regolare casi e procedure in cui del diritto alla vita si dispone».

1.2.1.– In ogni caso, anche a voler qualificare il suicidio medicalmente assistito «come "prestazione" concernente i diritti civili», si dovrebbe ritenere che, in assenza di un livello minimo di prestazione fissato dal legislatore statale, da un lato, mancherebbe il «presupposto per emettere una normativa regionale superiore» e, dall'altro lato, un tale intervento contrasterebbe «con la indispensabile omogeneità a livello nazionale della disciplina in materia di fine vita».

Nemmeno il suddetto livello minimo potrebbe ricavarsi dalle sentenze n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024 di questa Corte, riguardanti in realtà «[u]n ambito preciso e circoscritto dell'ordinamento giuridico, diverso dalla fissazione di una legislazione in materia di livelli essenziali di prestazioni attinenti ai diritti civili e sociali».

In conclusione, andrebbe escluso che gli interventi strutturali e organizzativi, necessari affinché il servizio sanitario possa svolgere le attività accertative individuate dalle citate sentenze, possano essere effettuati con legge regionale, perché tutte le determinazioni assunte al riguardo implicherebbero scelte non organizzative, bensì tali da incidere direttamente sul diritto alla vita, dovendo perciò rientrare nella competenza esclusiva del legislatore statale.

1.2.2.– L'Avvocatura generale segnala che, per ammettere una disciplina regionale del fine

vita, non varrebbe invocare «l'applicazione del principio di "cedevolezza invertita" […], a fronte dell'inerzia del legislatore statale», in quanto, secondo la giurisprudenza di questa Corte, la cedevolezza normativa potrebbe essere prevista dalle regioni in materia di propria competenza legislativa, senza che la previsione della clausola consenta loro di intervenire in ordine a profili che attengono alla competenza esclusiva del legislatore statale (è citata la sentenza n. 1 del 2019).

D'altro canto, osserva la difesa statale, non sarebbe necessaria una legge regionale per rendere immediatamente operativi i precetti fissati dalle decisioni di questa Corte, come confermato dal fatto che, «già in alcuni casi, tali precetti hanno ricevuto applicazione».

Gli argomenti illustrati evidenzierebbero la violazione dell'art. 117, secondo comma, lettera *m)*, Cost., non solo da parte dell'intera legge regionale, ma anche, in particolare, ad opera dell'art. 2, allorché, ad avviso del ricorrente, «istituisce» le procedure alle quali possono accedere le persone in possesso dei requisiti indicati, e dell'art. 7, comma 2, laddove precisa che le prestazioni e trattamenti disciplinati dalla legge regionale costituiscono un livello di assistenza superiore rispetto ai livelli essenziali di assistenza (LEA).

1.3.– In via subordinata rispetto ai due precedenti motivi, il ricorso impugna specificamente gli artt. 3, 4, 5 e 6 della legge reg. Toscana n. 16 del 2025 per violazione dell'art. 117, secondo comma, lettere *l)* e *m)*, Cost., in relazione all'art. 1, commi 556, 557 e 558, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)», e all'art. 2, comma 7, della legge 11 gennaio 2018, n. 3 (Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute).

Le suddette disposizioni regionali istituirebbero le «commissioni multidisciplinari permanenti» presso le aziende sanitarie locali (ASL) toscane e ne disciplinerebbero compiti e funzioni in maniera tale che questi andrebbero «a sovrapporsi con le competenze […] riservate dalla legge statale ai diversi "comitati etici territoriali"», disciplinati, da ultimo, dai decreti del Ministro della salute 26 gennaio 2023 (Individuazione di quaranta comitati etici territoriali) e 30 gennaio 2023 (Definizione dei criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici territoriali), in attuazione dell'art. 2 della legge n. 3 del 2018, e, in precedenza, dal decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013, in attuazione dell'art. 12, comma 10, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), convertito, con modificazioni, nella legge 8 novembre 2012, n. 189.

A questi comitati avrebbe fatto riferimento la sentenza n. 242 del 2019, sostiene il ricorso, «come unici organismi competenti» a rendere il parere sulle condizioni di pazienti affetti da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche.

La commissione istituita dall'art. 3 della legge reg. Toscana n. 16 del 2025, in quanto organismo di esclusiva provenienza regionale, non potrebbe essere fatta rientrare tra i comitati etici individuati dalla normativa statale oggi vigente, dovendosi dunque escludere che la valutazione richiesta da questa Corte ai fini della scriminante dalla responsabilità penale possa essere rimessa «a organismi di volta in volta creati, con regole autonome, da ciascuna regione».

1.3.1.– Le disposizioni in esame si porrebbero quindi in contrasto, «*ex se* considerate», con la competenza legislativa esclusiva statale nella materia «ordinamento civile e penale» di cui all'art. 117, secondo comma, lettera *l)*, Cost., nonché con l'art. 117, secondo comma, lettera *m)*, Cost., in relazione sia all'art. 1, commi 556, 557 e 558, della legge n. 208 del 2015 – che disciplina le modalità necessariamente condivise tra Stato e regioni di definizione e

aggiornamento dei livelli di assistenza sanitaria –, sia all'art. 2, comma 7, della legge n. 3 del 2018, che ha demandato ad apposito decreto del Ministro della salute la individuazione dei comitati etici territoriali.

Nella specie, l'istituzione della commissione di derivazione esclusivamente regionale «sopravanz[erebbe]» l'esigenza che la determinazione di eventuali ulteriori livelli di assistenza sanitaria e delle modalità con cui questi possano o debbano essere attuati venga effettuata non in via autonoma dalle singole regioni, «ma con il necessario coinvolgimento dello Stato, anche al fine di assicurare omogeneità di trattamento a livello nazionale».

Analoghe considerazioni – e correlate censure di illegittimità costituzionale – varrebbero con riferimento ai «comitati per l'etica nella clinica», già operanti presso le ASL toscane in base all'art. 99 della legge reg. Toscana n. 40 del 2005, ai quali le disposizioni impugnate assegnano compiti consultivi «sugli aspetti etici del caso» nella fase di verifica dei requisiti (art. 5, comma 4), nonché in merito alla adeguatezza del protocollo attuativo (art. 6, comma 5), così che anche il ruolo di tali comitati «verrebbe illegittimamente a sovrapporsi a quello dei "comitati etici territoriali"» richiamati nella sentenza n. 242 del 2019.

2.– Con atto depositato il 17 giugno 2025 si è costituita in giudizio la Regione Toscana, chiedendo che le questioni di legittimità costituzionale promosse dal Governo siano dichiarate non fondate.

2.1.– Quanto al primo motivo di ricorso, non sarebbe violata la competenza legislativa esclusiva statale nella materia dell'ordinamento civile e penale perché, al momento dell'intervento legislativo regionale, con le sentenze n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024, questa Corte avrebbe compiutamente stabilito sia le condizioni che legittimano l'accesso al suicidio medicalmente assistito, sia i principi «sottesi al procedimento di accertamento di tali condizioni e di scelta delle modalità di esecuzione».

A tali pronunce, assieme alla successiva sentenza di questa Corte n. 66 del 2025, andrebbe pertanto riconosciuta «portata additiva, di innovazione dell'ordinamento, nonché valenza autoapplicativa e vincolante del principio e delle correlate condizioni sostanziali e procedurali oggetto dell'addizione».

Sotto questo profilo la legge regionale impugnata si differenzierebbe da quelle, in materia di DAT, dichiarate costituzionalmente illegittime dalla sentenza n. 262 del 2016. Tali leggi disciplinavano in via diretta e da un punto di vista sostanziale aspetti inerenti alle condizioni legittimanti la dichiarazione anticipata di trattamento sanitario. Nella specie, invece, il legislatore toscano sarebbe partito dalle sentenze di questa Corte e vi avrebbe dato legittimamente attuazione, assumendo a carico del Servizio sanitario regionale determinate prestazioni e disciplinandone i profili organizzativi.

Quanto alla sentenza n. 50 del 2022, relativa all'ammissibilità del *referendum* abrogativo dell'art. 579 cod. pen., la stessa, in realtà, sottolineerebbe le profonde differenze tra la fattispecie in quella sede esaminata e l'altra oggetto della sentenza n. 242 del 2019.

In nessun modo pertinente sarebbe poi la sentenza n. 5 del 2018, in materia di obblighi vaccinali, atteso che la legge reg. Toscana n. 16 del 2025 si limiterebbe ad attuare, sotto il profilo strettamente organizzativo delle aziende sanitarie regionali, le condizioni del suicidio medicalmente assistito, previste da questa Corte, «uniformi e valide per l'intero territorio nazionale».

2.1.1.– La Regione Toscana ritiene altresì non pertinenti le censure mosse all'art. 4, comma 1, e 7, comma 3, della legge regionale impugnata, al fine di dimostrare l'asserita invasione della competenza legislativa esclusiva statale nella materia «ordinamento civile».

La prima di tali disposizioni non disciplinerebbe l'attivazione del procedimento «in difformità dal dettato» di questa Corte, limitandosi a consentire la materiale presentazione dell'istanza anche da parte di un delegato, fermo restando che la manifestazione della volontà di accedere al suicidio medicalmente assistito deve risultare «necessariamente ed espressamente riferibile al malato». Inoltre, sarebbe infondata la censura con cui si lamenta che la legge regionale abbia previsto una istanza generica, non disciplinata nei contenuti e nelle forme, emergendo in modo evidente, dalla «organica lettura» della legge reg. Toscana n. 16 del 2025, come il legislatore regione abbia richiamato, a tal riguardo, le sentenze di questa Corte e la legge n. 219 del 2017.

Considerazioni analoghe varrebbero anche per l'art. 7, comma 3, il quale, conformemente alle statuizioni di questa Corte, assicurerebbe alla persona interessata la possibilità di modificare la propria volontà: il che, peraltro, nel caso dell'aiuto al suicidio, è insito nel fatto che essa conserva il dominio sull'atto finale che innesca il processo letale.

2.1.2.– La legge reg. Toscana n. 16 del 2025 si sarebbe limitata, dunque, a prevedere norme di dettaglio rientranti nella materia a potestà concorrente della tutela della salute, di cui all'art. 117, terzo comma, Cost., della quale l'organizzazione sanitaria sarebbe «parte integrante» (è citata la sentenza n. 202 del 2024 di questa Corte).

Nello specifico, i contenuti della legge regionale in esame non avrebbero in alcun modo interferito con le competenze esclusive invocate dalla difesa statale, essendo unicamente rivolti, invece, ad assicurare tempi certi e uniformità organizzativa sul territorio regionale toscano in ordine al suicidio medicalmente assistito, nel pieno rispetto della disciplina dettata dalla legge n. 219 del 2017 sul consenso informato.

Inoltre, secondo la Regione, da un lato non verrebbe in rilievo, nella specie, la cosiddetta cedevolezza invertita, erroneamente richiamata dalla difesa statale, dal momento che la legge reg. Toscana n. 16 del 2025 avrebbe dato doverosa attuazione ai «principi costituzionali minimi» fissati da questa Corte nella materia in esame, sotto il profilo organizzativo. Dall'altro, tuttavia, la giurisprudenza di questa Corte sulla cosiddetta cedevolezza invertita viene comunque evocata dalla Regione, per giustificare proprio il termine «cedevolezza» utilizzato nel punto 8 del preambolo della legge regionale impugnata, al fine di sostenere che, nelle discipline in cui si intrecciano competenze statali e regionali (come quella in esame), «le Regioni possono intervenire e normare provvisoriamente la materia, in caso di inerzia statale, sino all'adozione dei prescritti atti statali».

2.2.– La difesa regionale ritiene infondato anche il secondo motivo di ricorso, che lamenta la violazione degli artt. 117, commi secondo, lettera *m)*, e terzo, Cost. da parte dell'intera legge reg. Toscana n. 16 del 2025 e dei suoi artt. 2 e 7, comma 2.

Infatti, la legge regionale non determinerebbe alcun livello di prestazione, limitandosi a intervenire su aspetti organizzativi e gestori di una disciplina entrata nell'ordinamento a seguito delle sentenze di questa Corte e, comunque, le regioni, nell'ambito delle proprie competenze, potrebbero garantire livelli ulteriori rispetto ai livelli essenziali di assistenza, cosiddetti extra LEA (sono richiamate le sentenze n. 297 del 2012, n. 207 del 2010 e n. 248 del 2006); nella specie, il legislatore regionale toscano avrebbe reso attuabile in modo omogeneo, in riferimento alle proprie ASL, «la prestazione sanitaria» come definita nella sentenza n. 242 del 2019.

D'altro canto, con riguardo alla procreazione medicalmente assistita eterologa, nel periodo intercorrente tra il riconoscimento avvenuto per effetto della sentenza n. 162 del 2014 di questa Corte e l'inserimento nei LEA, la giurisprudenza amministrativa avrebbe affermato che le regioni non sottoposte al piano di rientro possono riconoscere prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto ai LEA al fine di facilitare l'accesso a tale pratica (è citata la sentenza del

Consiglio di Stato, sezione terza, 20 luglio 2016, n. 3297). Più recentemente, la giurisprudenza costituzionale, nello scrutinio delle disposizioni di una legge regionale aventi a oggetto prestazioni sanitarie, non si sarebbe arrestata al «mero criterio "formalistico"» di definizione dei LEA, accedendo a una definizione sostanzialistica degli stessi, anche in considerazione del mancato aggiornamento da parte dello Stato del relativo elenco (è citata la sentenza n. 201 del 2024).

Peraltro, non essendo la Regione Toscana in piano di rientro sanitario, il riferimento agli extra LEA, operato dall'art. 7, comma 2, della legge regionale impugnata sarebbe legittimo e dovrebbe intendersi limitato all'assunzione a carico del bilancio regionale, non sanitario, dell'onere economico derivante dalle prestazioni e dai trattamenti effettuati dalle ASL regionali, come emergerebbe dai successivi artt. 8 e 9.

2.3.– Anche il terzo motivo di ricorso sarebbe privo di fondamento, muovendo da una «travisata lettura della normativa regionale», la quale non farebbe emergere alcuna indebita sovrapposizione tra il ruolo della commissione multidisciplinare di cui all'art. 3 della legge regionale impugnata e quello dei comitati etici richiamati dalla sentenza n. 242 del 2019, oggi disciplinati dai citati decreti del Ministro della salute del 26 e del 30 gennaio 2023.

Il legislatore regionale, con la prevista istituzione della commissione multidisciplinare, si sarebbe infatti limitato a prevedere un apposito modulo organizzativo, nell'ambito delle aziende sanitarie, per lo svolgimento del ruolo operativo affidato da questa Corte alle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale nella verifica dei requisiti e delle modalità esecutive del suicidio medicalmente assistito: ruolo distinto da quello consultivo affidato invece ai comitati etici.

Parimenti infondato sarebbe l'ulteriore profilo di censura, circa la mancata identità dei comitati etici territoriali richiamati da questa Corte e i comitati per l'etica nella clinica cui la legge toscana fa riferimento.

In sostanza, la disciplina statale vigente di cui ai richiamati decreti ministeriali, frutto dell'intesa raggiunta in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, consentirebbe alle regioni di mantenere la funzione consultiva con riferimento al suicidio medicalmente assistito in capo ai comitati etici ai quali questa era stata attribuita a livello territoriale e, dunque, nella specie, ai comitati per l'etica nella clinica, già istituiti in forza dell'art. 99 della legge reg. Toscana n. 40 del 2005.

3.– Sono state depositate otto opinioni di *amici curiae*, ai sensi dell'art. 6 delle Norme integrative per i giudizi davanti alla Corte costituzionale, ammesse con decreto presidenziale del 24 settembre 2025.

In particolare, hanno depositato opinioni con argomenti a sostegno della non fondatezza delle sollevate questioni di legittimità costituzionale l'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica APS, l'associazione Liberididecidere, la Leo Foundation ASSL, l'Associazione avvocati matrimonialisti italiani per la tutela delle persone, dei minorenni e della famiglia - AMI e la Consulta di bioetica ONLUS.

Hanno invece depositato opinioni di segno contrario l'Associazione Family Day - Difendiamo i nostri figli APS, il Comitato per una pubblica agenda sussidiaria e condivisa "Ditelo sui tetti (Mt 10,27)" - PASC, l'Osservatorio sull'attività parlamentare Vera lex?, l'Osservatorio di Bioetica di Siena - ETS, l'associazione Nonni 2.0., il Centro studi "Rosario Livatino", il Centro Studi "Scienza & Vita" e l'Unione giuristi cattolici italiani (UGCI).

3.1.– Più precisamente, le prime ritengono, nel complesso, che la legge reg. Toscana n. 16 del 2025 si sia mossa nell'ambito della cornice di regole della procedura medicalizzata dettata

dalla sentenza n. 242 del 2019, rendendo più puntuale tale procedura con norme di dettaglio in tema di tutela della salute; quanto alla previsione di porre a carico del Servizio sanitario regionale le prestazioni introdotte, sottolineano che le regioni non soggette al piano di rientro dal disavanzo potrebbero disporre spese extra LEA.

Osservano, inoltre, come la legge toscana abbia doverosamente organizzato un sistema che eviti il ricorso ai tribunali da parte del paziente per ottenere l'erogazione della prestazione del suicidio medicalmente assistito in congrui e compatibili limiti di tempo.

Affermano, infine, nell'assenza di un intervento del legislatore statale, l'esistenza di uno spazio di normazione "operativa" in sede regionale, la quale avrebbe nella specie restituito alle aziende sanitarie certezza giuridica in ordine al perimetro specifico entro il quale esse sono legittimate a operare.

3.2.– Le opinioni di segno opposto, nel complesso, escludono che il legislatore regionale possa intervenire nell'ambito del fine vita, attenendo tale disciplina al compimento di atti di autonomia privata e di disposizione del proprio corpo, rientranti nell'ordinamento civile, materia di competenza legislativa esclusiva dello Stato. Si valorizza, in particolare, la sentenza di questa Corte n. 262 del 2016 laddove fa riferimento a «ragioni imperative di eguaglianza» e chiarisce che la mancanza di una legislazione nazionale «non vale a giustificare in alcun modo l'interferenza della legislazione regionale» nelle materie di competenza legislativa esclusiva statale.

Si rileva altresì, per un verso, che la legge reg. Toscana n. 16 del 2025 poggerebbe sull'erroneo presupposto che questa Corte abbia affermato un vero e proprio diritto all'erogazione di prestazioni e trattamenti di suicidio medicalmente assistito; per altro verso, che tali procedure non potrebbero essere ricondotte alla materia della tutela della salute, dal momento che ciò implicherebbe la possibilità di desumere i principi fondamentali di tale materia da una sentenza di questa Corte attinente, in realtà, alla materia penale.

4.– In prossimità dell'udienza pubblica la Regione Toscana ha depositato una memoria integrativa, con la quale ribadisce che la legge regionale impugnata si limiterebbe ad attuare, doverosamente e sotto il profilo organizzativo delle aziende sanitarie del proprio territorio, il dettato delle sentenze di questa Corte che avrebbero definito sia le condizioni che legittimano l'accesso al suicidio assistito sia «i principi fondamentali sottesi al procedimento di accertamento di tali condizioni e di scelta delle modalità di esecuzione».

La memoria segnala, poi, la recente sentenza n. 132 del 2025 con la quale questa Corte, valorizzando il ruolo del Servizio sanitario nazionale, avrebbe confermato la riconducibilità del tema dell'aiuto al suicidio anche alla materia della tutela della salute.

Ciò varrebbe a legittimare l'intervento del legislatore regionale, tenuto conto del principio del pluralismo organizzativo al quale è improntato il SSN; a tale criterio si sarebbe attenuta la Regione Toscana con la legge regionale impugnata.

Considerato in diritto

1.– Con il ricorso indicato in epigrafe (reg. ric. n. 20 del 2025), il Presidente del Consiglio dei ministri ha impugnato l'intera legge reg. Toscana n. 16 del 2025, e più specificamente una serie di sue disposizioni, assumendone complessivamente il contrasto con l'art. 117, commi secondo, lettere *l)* e *m)*, Cost., nonché terzo, Cost., quest'ultimo con riferimento alla materia della tutela della salute.

La legge regionale impugnata, i cui contenuti sono analiticamente illustrati nel *Ritenuto in fatto*, è intitolata «Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024». Secondo il ricorrente:

– in primo luogo, la legge regionale nel suo complesso, e segnatamente il suo art. 1, invaderebbero la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di ordinamento civile e penale di cui all'art. 117, secondo comma, lettera *l)*, Cost., e comunque – in via subordinata – la competenza legislativa statale concorrente in materia di tutela della salute di cui all'art. 117, terzo comma, Cost., essendo precluso alle regioni intervenire con legge in tale materia ove la legge statale non abbia provveduto a determinare i principi fondamentali;

– in secondo luogo, la legge regionale nel suo complesso, e segnatamente i suoi artt. 2 e 7, comma 2 – che rispettivamente disciplinano le procedure in materia di suicidio medicalmente assistito e stabiliscono che le prestazioni e i trattamenti «costituiscono un livello di assistenza sanitaria superiore rispetto ai livelli essenziali di assistenza» –invaderebbero la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 117, secondo comma, lettera *m)*, Cost., nonché la competenza legislativa statale concorrente in materia di tutela della salute di cui all'art. 117, terzo comma, Cost.;

– infine, e in via subordinata, gli artt. 3, 4, 5 e 6 della legge regionale, nella parte in cui istituiscono e disciplinano la Commissione multidisciplinare permanente e prevedono il ruolo consultivo del Comitato per l'etica nella clinica, invaderebbero la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di ordinamento civile di cui all'art. 117, secondo comma, lettera *l)*, Cost. in relazione al parametro interposto rappresentato dall'art. 2, comma 7, della legge n. 3 del 2018, che detta la disciplina dei comitati etici; nonché la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 117, secondo comma, lettera *m)*, Cost., in relazione al parametro interposto di cui all'art. 1, commi 556, 557 e 558, della legge n. 208 del 2015; disposizioni, queste ultime, che disciplinano «le modalità necessariamente condivise tra Stato e Regioni di definizione e di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria».

2.– Nel merito, possono anzitutto essere esaminati congiuntamente i primi due motivi di ricorso, con i quali il Presidente del Consiglio dei ministri censura l'intera legge regionale, assumendo in via principale l'invasione della competenza legislativa statale esclusiva nelle materie «ordinamento civile e penale» (primo motivo) e «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni» (secondo motivo), nonché, in via subordinata, della competenza legislativa statale concorrente in materia di tutela della salute, dal momento che la Regione sarebbe intervenuta con legge in un ambito nel quale la legge statale non ha ancora determinato i principi fondamentali della materia (primo motivo).

L'esame di tali motivi richiede una premessa di carattere generale.

2.1.– La legge regionale impugnata definisce le proprie finalità all'art. 1, affermando di volere disciplinare «le modalità organizzative per l'attuazione di quanto disposto dalle sentenze della Corte costituzionale» n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024, relative al suicidio medicalmente assistito.

Tale finalità è ulteriormente chiarita nel preambolo, ai punti 6 e 7, in cui si dichiara che la Regione intende dettare, «nell'esercizio delle proprie competenze in materia di tutela della salute, e in attuazione di una sentenza immediatamente esecutiva, […] norme a carattere organizzativo e procedurale, per disciplinare in modo uniforme sul proprio territorio l'esercizio delle funzioni che la giurisprudenza costituzionale attribuisce alle aziende sanitarie nella materia di cui trattasi» (punto 6), osservandosi ulteriormente che l'introduzione della disciplina regionale «serve a definire i tempi e le modalità inerenti alla procedura indicata dalla Corte

costituzionale e, dunque, ad eliminare eventuali residui di incertezza e problematicità rispetto all'erogazione di una prestazione sanitaria suddivisa in più fasi, dalla verifica delle condizioni alla verifica delle modalità di autosomministrazione del farmaco che possa garantire una morte rapida, indolore e dignitosa» (punto 7).

L'intenzione espressa del legislatore regionale è, dunque, quella di dettare norme a carattere meramente 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 nella sentenza n. 242 del 2019, così come ulteriormente precisate nella sentenza n. 135 del 2024 – chiedano di essere aiutate a morire. In tal modo, la legge regionale intende in effetti regolare le prestazioni che la pubblica amministrazione regionale, e segnatamente le singole aziende sanitarie locali regionali, sono tenute a fornire sulla base dei principi enunciati dalla giurisprudenza di questa Corte.

Disciplinando l'attività delle aziende sanitarie locali toscane, la legge regionale impugnata afferisce, *prima facie*, alla materia della tutela della salute, oggetto di competenza legislativa regionale concorrente ai sensi dell'art. 117, terzo comma, Cost.

2.2.– Contrariamente a quanto sostenuto nel ricorso statale, l'esercizio di tale competenza da parte del legislatore regionale non può ritenersi precluso dalla circostanza che lo Stato non abbia ancora provveduto, nonostante i numerosi inviti formulati da questa Corte, all'approvazione di una legge che disciplini in modo organico, nell'intero territorio nazionale, l'accesso alla procedura medicalizzata di assistenza al suicidio.

Infatti, secondo la costante giurisprudenza di questa Corte, «le Regioni, per poter esercitare le proprie potestà legislative di tipo concorrente, non devono attendere l'eventuale determinazione dei principi fondamentali da parte dello Stato» (sentenza n. 94 del 2003, punto 4.1. del *Considerato in diritto*; nello stesso senso, sentenze n. 120 del 2005, punto 4 del *Considerato in diritto*, n. 359 del 2003, punto 3 del *Considerato in diritto*, n. 196 del 2003, punto 4 del *Considerato in diritto*, nonché, più di recente, sentenza n. 166 del 2021, punto 3.2. del *Considerato in diritto*), in quanto i principi fondamentali della materia possono essere tratti non solo dalle leggi statali espressamente rivolte a tale scopo, ma anche dal complesso delle leggi statali già in vigore (sentenze n. 424 del 2005, punto 2.3. del *Considerato in diritto*, n. 319 del 2005, punto 2.2. del *Considerato in diritto*, n. 120 del 2005, punto 4 del *Considerato in diritto*, n. 359 del 2003, punto 3 del *Considerato in diritto*, n. 353 del 2003, punto 2 del *Considerato in diritto*, n. 201 del 2003, punto 4 del *Considerato in diritto*, n. 196 del 2003, punto 4 del *Considerato in diritto*, n. 94 del 2003, punto 4.1. del *Considerato in diritto*, n. 533 del 2002, punto 8 del *Considerato in diritto*, n. 282 del 2002, punto 4 del *Considerato in diritto*).

Tale principio ha trovato del resto conferma, a livello di legislazione ordinaria, nell'art. 1, comma 3, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), a tenore del quale «[n]elle materie appartenenti alla legislazione concorrente, le Regioni esercitano la potestà legislativa nell'ambito dei principi fondamentali espressamente determinati dallo Stato o, in difetto, quali desumibili dalle leggi statali vigenti».

Nel caso oggi all'esame, i principi fondamentali della materia relativi alla disciplina delle procedure di accesso al suicidio medicalmente assistito si possono desumere dalla legislazione statale vigente, letta alla luce delle sentenze di questa Corte.

In particolare, vengono qui in considerazione:

– gli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017, che regolano la modalità di rifiuto e interruzione dei trattamenti di sostegno vitale, e che sono stati utilizzati dalla sentenza di

questa Corte n. 242 del 2019 come punti di riferimento già presenti nella legislazione vigente ai fini della configurazione della procedura medicalizzata per la valutazione della richiesta di suicidio assistito, nelle more dell'auspicato intervento del legislatore statale;

– la legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore), che tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato inserendole nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, e che parimenti è stata richiamata dalla citata sentenza n. 242 del 2019 e dalle successive sentenze n. 135 del 2024 e n. 66 del 2025 al fine di sottolineare la doverosa ed effettiva messa a disposizione di tali prestazioni;

– l'art. 14, terzo comma, lettera *q)*, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), in base al quale le aziende unità sanitarie locali provvedono, tra l'altro, «agli accertamenti, alle certificazioni ed a ogni altra prestazione medico-legale spettanti al servizio sanitario nazionale»: accertamenti, prescrizioni e prestazioni tra le quali si iscrivono quelli necessari, secondo le sentenze di questa Corte, nell'ambito della procedura medicalizzata di assistenza al suicidio.

2.3.– La riconducibilità *prima facie* della legge regionale impugnata alla materia di competenza legislativa concorrente «tutela della salute», nell'ambito dei principi fondamentali desumibili dalle disposizioni appena richiamate, non esclude tuttavia che singole disposizioni di tale legge possano, al tempo stesso, illegittimamente invadere sfere di competenza riservate alla legislazione statale, in violazione dell'art. 117, secondo comma, Cost.

2.4.– Conviene, in proposito, sgomberare subito il campo dalla censura mossa all'intera legge reg. Toscana n. 16 del 2025 di violazione della competenza legislativa statale esclusiva in materia di ordinamento penale. Tale censura è, in effetti, infondata.

Secondo la costante giurisprudenza di questa Corte, «una norma regionale deve ritenersi invasiva della competenza statale esclusiva in materia di ordinamento penale […] quando incida su fattispecie penali, modifichi i presupposti per la loro applicazione o introduca nuove cause di esenzione dalla responsabilità penale», ovvero «allorché produca "effetti sanzionatori ulteriori conseguenti alla commissione di un reato" (sentenza n. 172 del 2017)» (sentenza n. 248 del 2019, punto 3 del *Considerato in diritto*) o ancora laddove realizzi una non consentita novazione della fonte.

La legge regionale impugnata, nel suo complesso, salvo quanto si dirà *infra* (punto 4), non produce alcuno di tali effetti. L'area di non punibilità di condotte astrattamente sussumibili nella fattispecie penale di istigazione o aiuto al suicidio di cui all'art. 580 cod. pen. resta, infatti, quella determinata dalla citata sentenza n. 242 del 2019, che nel proprio dispositivo ha individuato sei requisiti – quattro sostanziali e due procedimentali – in presenza dei quali l'applicazione della norma penale produrrebbe un risultato incompatibile con la Costituzione. La legge regionale impugnata non modifica in alcun modo i quattro requisiti sostanziali, affidandone la verifica allo stesso Servizio sanitario regionale, al quale è altresì conferito il compito di stabilire le modalità di esecuzione del suicidio assistito, previa acquisizione del parere del comitato sugli aspetti etici (comitato che, come si dirà più innanzi, svolge in Toscana le funzioni dei comitati etici nella generalità del territorio nazionale): in conformità, dunque, anche ai due requisiti procedimentali individuati dalla sentenza n. 242 del 2019 («sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente»).

Né, come invece lamenta l'Avvocatura generale dello Stato, la legge regionale impugnata crea di per sé una ingiustificata disparità sul territorio nazionale nel rendere operativa nel solo territorio toscano una causa di non punibilità rispetto a un reato disciplinato dal codice penale.

L’area di non punibilità è, infatti, nell’intero territorio nazionale quella individuata dalla sentenza n. 242 del 2019, che affida al servizio sanitario e ai comitati etici il riscontro nel caso concreto dei quattro requisiti sostanziali per l’accesso alla procedura medicalizzata di assistenza al suicidio: con ciò gravando direttamente lo stesso servizio sanitario e i comitati etici, in tutto il territorio nazionale, dei relativi compiti, il cui adempimento è necessario ai fini della tutela dei diritti costituzionali di cui la persona – in presenza dei quattro requisiti sostanziali individuati – è titolare, a prescindere dalla circostanza che l’attività dei servizi sanitari regionali e dei comitati etici ivi operanti sia stata o meno regolata nel dettaglio dalla legge (statale o regionale che sia).

2.5.– Più articolata è, invece, la valutazione dell’allegata violazione della competenza statale esclusiva in materia di ordinamento civile.

L’Avvocatura dello Stato sostiene che la legge regionale impugnata, lungi dal disciplinare esclusivamente profili organizzativi e procedimentali relativi all’assistenza che le aziende sanitarie regionali debbono prestare ai pazienti che si trovino nelle condizioni indicate dalla sentenza n. 242 del 2019, incida in realtà sull’estensione concreta dei loro diritti personalissimi, tra cui la vita e l’integrità fisica, innovando così nella materia dell’ordinamento civile, che deve essere regolata unitariamente nell’intero territorio nazionale.

La difesa statale evoca, in particolare, il precedente rappresentato dalla sentenza n. 262 del 2016, nella quale questa Corte ha dichiarato costituzionalmente illegittime due leggi della Regione Friuli-Venezia Giulia che disponevano l’istituzione di un registro regionale per la raccolta delle dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario e per la donazione di organi e tessuti *post mortem*, determinando altresì la forma, l’oggetto, i destinatari di tali dichiarazioni, nonché le modalità della loro raccolta e conservazione in apposite banche dati presso le aziende sanitarie locali.

Analogamente, va considerato che nella sentenza n. 253 del 2006, questa Corte ha dichiarato costituzionalmente illegittime due disposizioni di una legge regionale toscana che disciplinavano la possibilità di delega a terzi dell’espressione del consenso ai trattamenti sanitari e le caratteristiche del consenso ai trattamenti di modifica del genere.

In entrambi i casi, tuttavia, le disposizioni regionali annullate avevano disciplinato diritti all’epoca ancora non riconosciuti nella legislazione statale, che esse avevano inteso introdurre *ex novo*, ovvero (nel caso di una delle disposizioni toscane annullate con la sentenza n. 253 del 2006) avevano indebitamente modificato le modalità di esercizio dei diritti previsti dalla corrispondente normativa statale.

La legge regionale in questa sede impugnata, invece, non si muove in una situazione di analogo “vuoto normativo”. Infatti, la legge statale già regola puntualmente la possibilità e le modalità di rinuncia o rifiuto, da parte del paziente, di trattamenti sanitari necessari alla sopravvivenza (artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017); e proprio tale disciplina è stata estesa da questa Corte, nella sentenza n. 242 del 2019, alla procedura medicalizzata di assistenza al suicidio, al fine di evitare risultati irragionevoli e lesivi dei diritti costituzionali di una persona che sia già titolare del diritto di rifiutare i trattamenti di sostegno vitale, e che tuttavia ritenga maggiormente conforme alla propria nozione di dignità congedarsi dalla vita in modo più rapido, senza essere «costrett[a] a subire un processo più lento e più carico di sofferenze per le persone che gli sono care» (punto 2.3. del *Considerato in diritto*), quale quello che deriverebbe dalla interruzione dei trattamenti.

La legge regionale impugnata non intende, dunque, riconoscere nella Regione Toscana un diritto che in altre regioni non è riconosciuto, come invece era accaduto per effetto delle disposizioni delle leggi regionali annullate con le sentenze n. 253 del 2006 e n. 262 del 2016, ma mira dichiaratamente a disciplinare nel dettaglio le modalità per l’attuazione di garanzie e

procedure, i cui tratti essenziali – uniformi in tutto il territorio nazionale – già si rinvengono, come sopra argomentato, nell'ordinamento vigente alla luce delle sentenze di questa Corte n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024.

Come meglio si dirà, tuttavia, nel dettare tale disciplina procedimentale in taluni casi le disposizioni della legge regionale impugnata finiscono per riprodurre indebitamente o addirittura per incidere indirettamente sull'estensione concreta dei diritti in gioco.

Ciò impone un esame analitico, disposizione per disposizione, della legge regionale impugnata, al fine di accertare se la disciplina regionale incorra nei vizi segnalati.

2.6.– *Mutatis mutandis*, considerazioni analoghe devono essere svolte per quanto riguarda l'ulteriore censura di violazione della competenza legislativa statale esclusiva in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

La legge regionale impugnata, nel suo complesso, disciplina l'attività che il Servizio sanitario regionale è tenuto a svolgere secondo l'ordinamento vigente, così come conformato dai principi ordinamentali enunciati dalle suddette sentenze di questa Corte. Sotto questo profilo, essa non introduce dunque alcun nuovo livello essenziale di assistenza, né modifica la corrispondente disciplina statale.

Ciò che, invece, alla legislazione regionale deve ritenersi precluso è stabilire essa stessa che cosa rientri e che cosa non rientri nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, trattandosi all'evidenza di materia riservata alla competenza legislativa esclusiva dello Stato ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera *m)*, Cost.

2.7.– Per altro verso ancora, la legge regionale impugnata si rivelerebbe costituzionalmente illegittima qualora – pur mantenendosi nell'ambito della materia «tutela della salute» – non si limitasse a dettare una disciplina di dettaglio, ma pretendesse di sovrapporsi indebitamente, o addirittura di modificare gli stessi principi fondamentali in materia di tutela della salute stabiliti dalla legislazione statale, in violazione – questa volta – del terzo comma dell'art. 117 Cost.

2.8.– In conclusione, i primi due motivi di ricorso non possono essere accolti laddove sono rivolti contro l'intera legge regionale.

Le singole censure in essi articolate dovranno invece essere valutate in relazione a ciascuna disposizione della legge (*infra*, 3-10).

3.– Prendendo allora le mosse dall'art. 1, ritiene questa Corte che esso si sottragga a tutte le censure formulate dal ricorrente. Tale disposizione si limita, infatti, a dichiarare la finalità della legge reg. Toscana n. 16 del 2025 di disciplinare le «modalità organizzative per l'attuazione di quanto disposto dalle sentenze della Corte costituzionale 25 settembre 2019, n. 242 e 1° luglio 2024, n. 135, relative al suicidio medicalmente assistito». Essa, dunque, enuncia semplicemente la finalità di fornire – attraverso una legge riconducibile alla competenza concorrente legislativa in materia di tutela della salute – indicazioni operative di dettaglio al Servizio sanitario regionale per assicurare l'assistenza alle persone che si trovino nelle condizioni indicate dalla sentenza n. 242 del 2019, così come precisate nella successiva sentenza n. 135 del 2024.

4.– A conclusioni opposte deve pervenirsi per l'art. 2 della legge regionale impugnata, che direttamente individua, «[f]ino all'entrata in vigore della disciplina statale», i requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito facendo espresso rinvio alle sentenze n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024, e alle modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017.

La disposizione viola l'art. 117, secondo comma, lettera *l)*, Cost. in riferimento alla

competenza legislativa esclusiva statale in materia di ordinamento civile e penale.

Da un lato, le sentenze n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024, definendo l'ambito applicativo della causa di non punibilità dell'aiuto al suicidio ed enunciandone i requisiti di accesso, hanno innovato l'ordinamento civile e penale.

Dall'altro, nella disposizione impugnata il richiamo alle suddette sentenze realizza una novazione dei principi ordinamentali in esse contenuti, che produce l'effetto di definire nella legislazione regionale, irrigidendoli, i requisiti per l'accesso al suicidio assistito e, indirettamente, i contorni dell'esimente all'art. 580 cod. pen. così come individuata dalle sentenze di questa Corte.

Secondo la consolidata giurisprudenza costituzionale, la novazione delle fonti in materia civile (*ex multis*, sentenza n. 69 del 2024) e penale (*ex multis*, sentenza n. 35 del 2011) non è consentita al legislatore regionale e si risolve in una violazione delle competenze statali di cui all'art. 117, secondo comma, lettera *l)*, Cost.

Infatti, «[l]'invasione della competenza legislativa statale si rileva già solo in presenza di una novazione delle fonti (di recente, sentenza n. 239 del 2022 e, nella materia "ordinamento civile", sentenze n. 153 del 2021 e n. 234 del 2017), che nel tempo sono suscettibili di modificazioni e integrazioni» (sentenza n. 69 del 2024, punto 6.2.1. del *Considerato in diritto*) secondo le modalità di innovazione dell'ordinamento costituzionalmente previste.

Da tale premessa si deve inferire che alla regione è altresì precluso cristallizzare nelle proprie disposizioni principi ordinamentali affermati da questa Corte in un determinato momento storico – in astratto, peraltro, anch'essi suscettibili di modificazioni – e oltretutto nella dichiarata attesa di un intervento del legislatore statale.

La stessa sentenza n. 135 del 2024, richiamata dalla disposizione impugnata, ha infatti avuto cura di precisare come «compito di questa Corte non sia quello di sostituirsi al legislatore nella individuazione del punto di equilibrio in astratto più appropriato tra il diritto all'autodeterminazione di ciascun individuo sulla propria esistenza e le contrapposte istanze di tutela della vita umana, sua e dei terzi; bensì, soltanto, quello di fissare il limite minimo, costituzionalmente imposto alla luce del quadro legislativo oggetto di scrutinio, della tutela di ciascuno di questi principi, restando poi ferma la possibilità per il legislatore di individuare soluzioni che assicurino all'uno o all'altro una tutela più intensa […]. Ciò fermo restando, in ogni caso, il dovere della Repubblica – in forza degli artt. 2, 3, secondo comma, e 32 Cost., oltre che dell'art. 2 CEDU – di assicurare a questi pazienti tutte le terapie appropriate, incluse quelle necessarie a eliminare o, almeno, a ridurre a proporzioni tollerabili le sofferenze determinate dalle patologie di cui sono affetti; e assieme il dovere di assicurare loro ogni sostegno di natura assistenziale, economica, sociale, psicologica» (punto 7.2. del *Considerato in diritto*).

La legislazione regionale, pertanto, in riferimento a questi delicati bilanciamenti, che attengono essenzialmente alla materia dell'ordinamento civile e penale, non può pretendere di agire in via suppletiva della legislazione statale, neppure in via transitoria, per così dire "impossessandosi" dei principi ordinamentali individuati da questa Corte.

L'art. 2 della legge regionale impugnata va, dunque, dichiarato costituzionalmente illegittimo per violazione dell'art. 117, secondo comma, lettera *l)*, Cost., con assorbimento delle restanti censure.

5.– Quanto all'art. 3 della legge regionale impugnata, esso resta invece immune da tutte le censure prospettate.

La disposizione prevede l'istituzione, presso le aziende sanitarie locali, di commissioni

permanenti, deputate all'esame della sussistenza dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito e alla verifica o definizione delle relative modalità di attuazione.

Si tratta di commissioni multidisciplinari, destinate a essere integrate di volta in volta da un medico specialista della patologia da cui è affetta la persona che richiede il suicidio medicalmente assistito.

In questi termini, le disposizioni impugnate non afferiscono alle competenze esclusive statali evocate dal ricorrente, ma si configurano come statuizioni di carattere organizzativo, riconducibili a una disciplina di dettaglio in materia di tutela della salute, quindi di competenza regionale in quanto attuative di principi fondamentali che, anche alla luce delle sentenze di questa Corte n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024, la Regione ha potuto evincere da diverse leggi statali che disciplinano specifiche attività di accertamento.

Tra queste c'è l'art. 14, terzo comma, lettera *q)*, della legge n. 833 del 1978, in base al quale le aziende sanitarie locali provvedono, tra l'altro, «agli accertamenti, alle certificazioni ed a ogni altra prestazione medico-legale spettanti al servizio sanitario nazionale».

Va peraltro constatato che l'art. 3, comma 4, della legge regionale impugnata prevede la partecipazione alla commissione su base volontaria, in coerenza anche con quanto affermato da questa Corte, ad avviso della quale non sussiste un obbligo di procedere al suicidio assistito in capo ai medici, restando affidato «alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato» (sentenza n. 242 del 2019, punto 6 del *Considerato in diritto*).

6.– Quanto all'art. 4, anch'esso si sottrae a tutte le censure del rimettente, salvo che per l'inciso – contenuto nel comma 1 – «, o un suo delegato,», che invade la competenza legislativa esclusiva statale in materia di ordinamento civile.

Questa disposizione disciplina le modalità di accesso al suicidio medicalmente assistito, in particolare normando la procedura di presentazione dell'istanza per l'accertamento dei relativi requisiti nonché per l'approvazione o la definizione delle relative modalità di attuazione.

Tale disciplina nel suo complesso non esorbita dai limiti di una legislazione di dettaglio in materia di tutela della salute, all'interno dei limiti fissati dai principi fondamentali desumibili dalla legislazione dello Stato, nel senso sopra precisato; non stabilisce nuovi diritti della persona né indebitamente si sovrappone alla relativa disciplina statale; né, ancora si sovrappone alla determinazione da parte della legge statale dei livelli essenziali delle prestazioni.

Le censure statali colgono, però, nel segno quando si dolgono della previsione della possibilità che l'istanza sia presentata da un delegato del paziente, anziché dal paziente medesimo.

Tale previsione deroga vistosamente al quadro normativo fissato dalla legge n. 219 del 2017, nel quale la procedura medicalizzata di assistenza al suicidio è stata collocata dalla giurisprudenza di questa Corte. L'art. 1, comma 4, della legge n. 219 del 2017 stabilisce che la volontà del paziente è acquisita «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». Tale disposizione è, invero, testualmente riferita al «consenso informato» del paziente alla interruzione del trattamento; ma ad essa la sentenza n. 242 del 2019 fa espresso riferimento, quale soluzione esistente nella legislazione per disciplinare la diversa ipotesi della richiesta di aiuto al suicidio da parte della persona che si trovi nelle condizioni che tale richiesta legittimano, in base alla medesima sentenza.

Ora, l'art. 1, comma 4, della legge n. 219 del 2017 presuppone inequivocabilmente che la volontà di interrompere le cure (ovvero, in seguito alla sentenza n. 242 del 2019, di accedere al suicidio assistito) sia espressa personalmente – con le modalità ivi indicate, che assicurano la possibilità di esprimere la volontà anche a persone con disabilità nella sfera comunicativa –, e non già tramite un delegato, come invece prevede la legge toscana impugnata. Ciò, del resto, appare coerente con la necessità di assicurare che la decisione di congedarsi dalla vita sia presa direttamente dalla persona, che deve avere la piena capacità di assumere decisioni libere e consapevoli, restando altresì sempre ferma – come precisa il comma 5 dello stesso art. 1 – la possibilità di modificare in qualsiasi momento la propria scelta.

Ne deriva l'illegittimità costituzionale dell'art. 4, comma 1, limitatamente all'inciso «, o un suo delegato,», per contrasto con l'art. 117, secondo comma, lettera *l)*, Cost., con assorbimento delle restanti censure.

Conseguentemente, il Servizio sanitario regionale dovrà porre l'interessato in condizione di formulare personalmente la propria istanza, eventualmente con le modalità previste dall'art. 1, comma 4, della legge n. 219 del 2017.

7.– Possono a questo punto essere esaminati congiuntamente gli artt. 5 e 6 della legge regionale impugnata, che disciplinano rispettivamente le procedure per la verifica dei requisiti per l'accesso al suicidio assistito e per la determinazione delle relative modalità di attuazione.

7.1.– Meritano anzitutto attenta analisi i plurimi frammenti normativi che, in queste disposizioni, stabiliscono la durata di tali procedure.

In particolare, i commi 1, 4, secondo periodo, e 5 dell'art. 5 prevedono stringenti termini per la verifica dei requisiti di accesso al suicidio medicalmente assistito; in tal senso dispone anche l'art. 6, commi 1, secondo periodo, 5, secondo periodo, e 6, con riguardo all'«approvazione o definizione» delle modalità di attuazione del suicidio medicalmente assistito.

Più precisamente, le citate disposizioni dell'art. 5 prevedono che: a) la conclusione dell'intera procedura per la verifica dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito avvenga entro venti giorni dal ricevimento dell'istanza, precisando che il termine è sospendibile una sola volta, per non più di cinque giorni, per accertamenti clinico diagnostici; b) l'espressione del parere del Comitato sugli aspetti etici avvenga entro sette giorni dal ricevimento della documentazione; c) l'invio della richiesta a tale Comitato da parte della Commissione sia effettuato in tempo utile a garantire comunque l'osservanza del termine complessivo di venti giorni per la conclusione della procedura di verifica.

Quelle dell'art. 6 stabiliscono che: a) la Commissione concluda la procedura di approvazione o definizione delle modalità di attuazione del suicidio medicalmente assistito entro dieci giorni dalla comunicazione all'interessato della sussistenza dei requisiti per accedervi; b) entro cinque giorni dal ricevimento della documentazione il Comitato per l'etica nella clinica si esprima sull'adeguatezza del protocollo sulle modalità di attuazione, redatto dal medico di fiducia della persona interessata o definito dalla Commissione in accordo con la persona stessa; c) la Commissione richieda il parere a tale Comitato in tempo utile affinché la procedura si concluda entro il termine complessivo di dieci giorni.

Le questioni sono fondate con riguardo ai frammenti normativi ora richiamati, per violazione della competenza legislativa esclusiva statale in materia di ordinamento civile di cui all'art. 117, secondo comma, lettera *l)*, Cost. e di quella concorrente statale relativa alla determinazione dei principi fondamentali in materia di tutela della salute di cui all'art.117, terzo comma, Cost.

Quanto al primo profilo, va rilevato che tali sequenze di termini, scandendo l'intero procedimento e le sue delicate fasi, attengono al «bilanciamento tra il dovere di tutela della vita umana, discendente dall'art. 2 Cost., e il principio dell'"autonomia" del paziente "nelle decisioni che coinvolgono il proprio corpo, e che è a sua volta un aspetto del più generale diritto al libero sviluppo della propria persona"» (sentenza n. 66 del 2025, punto 6.2. del *Considerato in diritto*).

Da questo punto di vista, nel legame con il principio di autodeterminazione, le disposizioni impugnate violano, in primo luogo, l'art. 117, secondo comma, lettera *l)*, Cost. in quanto coinvolgono scelte che necessitano «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» (sentenza n. 262 del 2016, punto 5.4. del *Considerato in diritto*).

Le medesime disposizioni, inoltre, trascurano che l'accompagnamento delle richieste di accesso al suicidio medicalmente assistito richiede necessariamente un accertamento medico accurato della sussistenza dei relativi requisiti, sia sotto il profilo della condizione sanitaria dell'interessato, sia sotto quello della formazione della volontà in modo libero e autonomo.

Ferma rimanendo la necessità di una sollecita presa in carico dell'istanza del richiedente, deve essere pertanto sempre consentita la possibilità di svolgere tutti quegli approfondimenti clinici e diagnostici che la Commissione, multidisciplinare e coinvolgente diverse competenze (tra cui quelle psichiatriche, palliative, psicologiche, medico legali, eccetera), ritenga appropriati, anche eventualmente adottando decisioni interlocutorie, che possono richiedere tempi di verifica non compatibili con gli stringenti termini fissati dalle disposizioni impugnate (sul principio dell'autonomia e della responsabilità del medico, in generale, sentenza n. 282 del 2002, punto 4 del *Considerato in diritto*, nonché, nello stesso senso, sentenze n. 162 del 2014, punto 7 del *Considerato in diritto*, e n. 151 del 2009, punto 6.1. del *Considerato in diritto*).

Dato «il "carattere personalistico" delle cure sanitarie» le previsioni legislative, quindi, non possono «precludere al medico la possibilità di valutare, sulla base delle più aggiornate e accreditate conoscenze tecnico-scientifiche, il singolo caso» (sentenza n. 169 del 2017, punto 8 del *Considerato in diritto*) sottoposto alla sua attenzione.

Ciò trova conferma anche nei principi fondamentali desumibili dalla stessa legge n. 219 del 2017, che valorizza e promuove la cosiddetta alleanza terapeutica, ovvero «la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico» (art. 1, comma 2).

La determinazione dei termini da parte di una legge regionale in relazione a un procedimento medicalizzato che assume un carattere del tutto peculiare, per nulla assimilabile ai comuni procedimenti amministrativi date le delicatissime valutazioni che implica il porre fine a una vita umana, senz'altro «investe direttamente e necessariamente i principi fondamentali della materia, collocandosi "all'incrocio fra due diritti fondamentali della persona malata"» (sentenza n. 338 del 2003, punto 5.1. del *Considerato in diritto*), e più precisamente fra la tutela della sua autodeterminazione e il suo diritto a essere curata efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica, anche attraverso la concreta messa a disposizione di cure palliative efficaci.

Deve, allora, essere ancora una volta ribadita «l'esigenza di adottare opportune cautele affinché "l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la

sua sofferenza […] in accordo con l'impegno assunto dallo Stato con la citata legge n. 38 del 2010". Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative deve costituire, infatti, "un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente" (come già prefigurato dall'ordinanza n. 207 del 2018)» (sentenza n. 242 del 2019, punto 2.4. del *Considerato in diritto*).

Del resto, «il contatto con sanitari e con una struttura effettivamente in grado di assicurare la tempestiva attivazione di terapie palliative può garantire il diritto dei pazienti a ricevere informazioni complete sul loro percorso di cura e permettere a ogni persona l'opportunità di confrontarsi con la malattia e con l'ultimo tratto del cammino di vita in maniera dignitosa e libera da sofferenze, anche nella prospettiva di prevenire e ridurre in misura molto rilevante la domanda di suicidio assistito» (sentenza n. 66 del 2025, punto 7.1. del *Considerato in diritto*).

L'art. 5, commi 1, 4, secondo periodo, e 5, e l'art. 6, commi 1, secondo periodo, 5, secondo periodo, e 6 devono quindi essere dichiarati costituzionalmente illegittimi per violazione dell'art.117, secondo comma, lettera *l)*, Cost., in riferimento alla materia «ordinamento civile» e dell'art. 117, terzo comma, Cost., in riferimento alla materia «tutela della salute».

7.2.– Le restanti disposizioni dettate dagli artt. 5 e 6 della legge regionale impugnata, che disciplinano nel dettaglio la verifica dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito e la determinazione delle relative modalità di attuazione, assicurando in particolare l'interlocuzione personale diretta con la persona interessata, si sottraggono, invece, alle censure statali, mantenendosi nell'ambito di una disciplina di dettaglio in materia di tutela della salute, all'interno dei limiti fissati dai principi fondamentali desumibili dalla legge dello Stato, nel senso sopra precisato. Tale disciplina, d'altra parte, non stabilisce nuovi diritti della persona, né indebitamente si sovrappone alla disciplina statale relativa alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

8.– Va ora esaminato l'art. 7 della legge regionale impugnata.

8.1.– Il comma 1 di tale disposizione, disciplinando il «[s]upporto alla realizzazione della procedura di suicidio medicalmente assistito», impegna le aziende unità sanitarie locali ad assicurare, nelle forme previste dal protocollo, il supporto tecnico e farmacologico nonché l'assistenza sanitaria per la preparazione all'autosomministrazione del farmaco autorizzato, precisando altresì che l'assistenza è fornita dal personale sanitario su base volontaria ed è considerata come attività istituzionale da svolgersi in orario di lavoro.

Tale disposizione è costituzionalmente illegittima poiché invade la riserva allo Stato della fissazione dei principi fondamentali in materia di tutela della salute, restando assorbito ogni ulteriore profilo di censura.

Essa, infatti, non si pone come attuazione nel dettaglio di preesistenti principi fondamentali rinvenibili nella legislazione statale, ma come una illegittima determinazione degli stessi da parte della legislazione regionale.

È pur vero che la persona rispetto alla quale sia stata positivamente verificata, nelle dovute forme procedurali, la sussistenza di tutte le condizioni indicate da questa Corte è titolare di una «situazione soggettiva tutelata, quale consequenziale proiezione della sua libertà di autodeterminazione, e segnatamente ha diritto di essere accompagnata dal Servizio sanitario nazionale nella procedura di suicidio medicalmente assistito, diritto che, secondo i principi che regolano il servizio, include il reperimento dei dispositivi idonei, laddove esistenti, e l'ausilio nel relativo impiego» (sentenza n. 132 del 2025, punto 4.2. del *Considerato in diritto*).

Tuttavia, la disposizione regionale impugnata, nello stabilire l'obbligatorio coinvolgimento delle aziende sanitarie locali nell'esecuzione del suicidio medicalmente assistito, non detta

certo norme di dettaglio, nel senso di un semplice «adeguamento della disciplina regionale ai principi fondamentali» (sentenza n. 66 del 2017, punto 3.3. del *Considerato in diritto*), ma ha una portata normativa che dimostra una vera e propria, non consentita, "regionalizzazione" dei medesimi principi.

Non essendosi «limitata a fissare una disciplina di dettaglio» (sentenza n. 438 del 2008, punto 4 del *Considerato in diritto*), la Regione si è in realtà appropriata dei principi fondamentali, determinando un *vulnus* alla riserva, stabilita dall'art. 117, terzo comma, Cost., alla legislazione statale della loro determinazione.

Va in ogni caso precisato che la dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'art. 7, comma 1, della legge reg. Toscana n. 16 del 2025 lascia intatto il diritto della persona, in relazione alla quale siano state positivamente verificate le condizioni per l'accesso al suicidio medicalmente assistito, di ottenere dalle aziende del Servizio sanitario regionale il farmaco, i dispositivi eventualmente occorrenti all'autosomministrazione, nonché l'assistenza sanitaria anche durante l'esecuzione di questa procedura, come del resto affermato nella ricordata sentenza n. 132 del 2025, che riveste, da questo punto di vista, portata autoapplicativa.

Resta peraltro fermo che il personale sanitario, di fronte all'irreversibilità delle conseguenze dell'atto suicida, dovrà porre speciale cura nel verificare la persistenza della piena e consapevole volontà della persona di concludere la propria vita e l'assenza di indebiti condizionamenti nel momento dell'esecuzione, dal momento che è «proprio la tutela della libertà di autodeterminazione a giustificarne, innanzitutto affinché sia genuina e responsabile, il bilanciamento con il dovere dello Stato di tutela della vita» (sentenza n. 66 del 2025); con conseguente opportunità che il personale sanitario coinvolto – anche al fine di evitare possibili responsabilità penali – attesti le modalità esecutive della procedura e l'esito della stessa.

Se è vero infatti che il suicidio assistito, per un verso, «amplia gli spazi riconosciuti all'autonomia della persona nel decidere liberamente sul proprio destino», esso «crea – al tempo stesso – rischi che l'ordinamento ha il dovere di evitare, in adempimento del dovere di tutela della vita umana che, esso pure, discende dall'art. 2 Cost.» (sentenza n. 66 del 2025, punto 7 del *Considerato in diritto*, e negli stessi termini sentenza n. 135 del 2024, punto 7.2. del *Considerato in diritto*), con ogni misura che si riveli necessaria rispetto allo scopo di tutelare, in particolare, le persone più deboli e vulnerabili, che potrebbero essere indotte a farsi anzitempo da parte.

8.2.– Quanto al comma 2 dell'art. 7, il suo primo periodo – a tenore del quale «[l]e prestazioni e i trattamenti disciplinati dalla legge regionale costituiscono un livello di assistenza sanitaria superiore rispetto ai livelli essenziali di assistenza» – invade la competenza legislativa esclusiva statale in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, ed è pertanto costituzionalmente illegittimo per contrasto con l'art. 117, secondo comma, lettera *m)*, Cost., con assorbimento delle ulteriori censure.

Non è dirimente il rilievo della resistente rivolto a precisare, da un lato, che nel caso in esame la legge regionale non determinerebbe alcun livello di prestazione, limitandosi a intervenire su aspetti organizzativi e gestori di tale disciplina e, dall'altro, che la giurisprudenza costituzionale avrebbe sempre consentito alle regioni, non in piano di rientro, nell'ambito delle proprie competenze, di garantire livelli ulteriori di tutela (richiamando le sentenze di questa Corte n. 297 del 2012, n. 207 del 2010 e n. 248 del 2006).

Nemmeno rileva il richiamo, operato dalla difesa regionale, alla giurisprudenza amministrativa (Consiglio di Stato, sezione terza, sentenza 20 luglio 2016, n. 3297) relativa alla procreazione medicalmente assistita eterologa, che, nel periodo intercorrente tra il riconoscimento della sua liceità, avvenuto per effetto della sentenza n. 162 del 2014 di questa Corte, e il successivo inserimento nei livelli essenziali di assistenza, avrebbe affermato la

possibilità per le regioni non sottoposte al piano di rientro di riconoscere prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto ai LEA.

Non è, infatti, qui in discussione la possibilità per la Regione di ammettere, nella propria autonomia costituzionale, l'erogazione di una determinata prestazione laddove abbia disponibilità finanziarie utili a tal fine, come del resto previsto dal secondo periodo del comma 2 dell'impugnato art. 7, peraltro facendo riferimento a risorse che esulano dal perimetro del bilancio sanitario della regione e attengono a quello relativo alle prestazioni sociali (nella specie, rientranti nella Missione 12, relativa a «Diritti sociali, politiche sociali e famiglia»).

Piuttosto, rileva la definizione legislativa compiuta dalla disposizione impugnata, che, facendo esplicito riferimento a un livello di assistenza sanitaria ulteriore, evoca comunque e illegittimamente, dal punto di vista dell'assetto costituzionale delle competenze, la categoria dei «livelli essenziali di assistenza».

Questa Corte ha più volte sottolineato che «l'attribuzione allo Stato della competenza esclusiva e trasversale» di cui all'art. 117, secondo comma, lettera *m)*, Cost., «si riferisce alla determinazione degli standard strutturali e qualitativi di prestazioni che, concernendo il soddisfacimento di diritti civili e sociali, devono essere garantiti, con carattere di generalità, a tutti gli aventi diritto» (sentenze n. 168 e n. 50 del 2008, rispettivamente punti 3.2.3. e 4 del *Considerato in diritto* e, nello stesso senso, sentenza n. 387 del 2007, punto 5.1. del *Considerato in diritto*). Siffatto titolo di legittimazione dell'intervento statale è invocabile «in relazione a specifiche prestazioni delle quali la normativa statale definisca il livello essenziale di erogazione» (*ex multis*, sentenze n. 273 e n. 247 del 2020, rispettivamente punti 4.1. e 13 del *Considerato in diritto*) e con esso è stato attribuito «al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto» (sentenze n. 125 del 2015 e n. 111 del 2014, rispettivamente punti 4.1. e 7.3. del *Considerato in diritto*).

La disposizione impugnata utilizza quindi un concetto relazionale – quello di livello di assistenza sanitaria superiore ai LEA – senza che il legislatore statale abbia ancora operato la determinazione del livello essenziale. Pertanto, nella specie, qualificare come livello superiore una determinata prestazione, equivale comunque a interferire sulla definizione stessa di livello essenziale – peraltro realizzando delle disparità tra i cittadini a seconda che la regione sia o meno in piano di rientro –, che è riservata al legislatore statale.

8.3.– Resta invece immune da censure il secondo periodo del comma 2 dell'art. 7, ove si dispone in particolare che «[l]a Regione fa fronte con risorse proprie agli effetti finanziari connessi a tali prestazioni e trattamenti». Tale disposizione non interferisce con la disciplina statale in materia di LEA, né in altro modo invade la materia dell'ordinamento civile o viola i principi fondamentali della materia tutela della salute stabiliti dalla legge statale.

8.4.– Deve per contro essere dichiarato costituzionalmente illegittimo, per contrasto con i principi fondamentali in materia di tutela della salute quali risultanti dalla legislazione statale vigente, interpretata alla luce della giurisprudenza costituzionale, l'intero comma 3 dell'art. 7, a tenore del quale «[l]a persona in possesso dei requisiti autorizzata ad accedere al suicidio medicalmente assistito può decidere in ogni momento di sospendere o annullare l'erogazione del trattamento».

Tale disposizione appare, infatti, del tutto incoerente con la struttura stessa del suicidio medicalmente assistito, la cui logica esige che sia il paziente medesimo ad autosomministrarsi il farmaco, eventualmente avvalendosi di strumenti tecnici predisposti allo scopo laddove egli non sia in grado di muovere gli arti o di deglutire (sul punto, sentenza 132 del 2025, punto 5 del *Considerato in diritto*). Sicché in caso di suicidio medicalmente assistito non vi è

propriamente alcuna “erogazione” di un trattamento che possa essere sospeso o annullato (come invece nelle ipotesi di eutanasia attiva, riconducibili nell’ordinamento italiano alla fattispecie di omicidio del consenziente), ma piuttosto un’assistenza dei sanitari a una persona che dovrà compiere da sé la condotta finale che direttamente causa la propria morte.

8.5.– Immune da censure deve, infine, essere considerato il comma 4 dell’art. 7, che si limita a stabilire l’ovvio principio che le «aziende unità sanitarie locali conformano i procedimenti disciplinati dalla presente legge alla disciplina statale».

8.6.– In conclusione, l’art. 7 deve essere dichiarato costituzionalmente illegittimo: a) nel suo comma 1, per contrasto con l’art. 117, terzo comma, Cost.; b) nel suo comma 2, primo periodo, per contrasto con l’art. 117, secondo comma, lettera *m)*, Cost.; c) nel suo comma 3, per contrasto con l’art. 117, terzo comma, Cost.

9.– Quanto all’art. 8 della legge regionale impugnata, esso si sottrae alle censure del ricorrente.

La disposizione stabilisce la gratuità delle «prestazioni e dei trattamenti effettuati dal servizio sanitario regionale nell’ambito del percorso terapeutico assistenziale del suicidio medicalmente assistito». Tale scelta del legislatore regionale non appare, all’evidenza, in contrasto con alcuno dei parametri evocati dal ricorso statale.

10.– L’art. 9, infine, è norma finanziaria meramente accessoria rispetto alla precedente, stabilendo la copertura finanziaria degli oneri derivanti dalla legge. Anche in questo caso, essa non appare in contrasto con alcuno dei parametri evocati dal ricorso statale.

11.– Resta a questo punto da esaminare il terzo motivo di ricorso del Presidente del Consiglio dei ministri, che si dirige specificamente contro gli artt. 3, 4, 5 e 6 della legge regionale impugnata assumendone il contrasto con l’art. 117, secondo comma, lettera *l)*, Cost. in relazione all’art. 2, comma 7, della legge n. 3 del 2018, e con l’art. 117, secondo comma, lettera *m)*, Cost., in relazione all’art. 1, commi 556, 557 e 558 della legge n. 208 del 2015.

11.1.– La prima questione non è fondata.

Il ricorso statale assume che le disposizioni impugnate contrastino con l’art. 2, comma 7, della legge n. 3 del 2018, che demanda a un decreto del Ministro della salute, da adottare previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, l’individuazione dei comitati etici territoriali, in effetti disciplinati dai decreti ministeriali del 26 e del 30 gennaio 2023.

In realtà, però, l’attribuzione – nella Regione Toscana – al comitato per l’etica clinica della funzione consultiva nella procedura di accesso al suicidio medicalmente assistito non contrasta con le fonti statali evocate, poiché il d.m. 26 gennaio 2023 (Individuazione di quaranta comitati etici territoriali), di attuazione della legge n. 3 del 2018, all’art. 1, comma 4, consente alle regioni «di mantenere operativi i comitati etici esistenti nel territorio di competenza, ma non inclusi nell’elenco» dei comitati etici territoriali di cui al decreto, purché tali comitati «oper[i]no per funzioni diverse da quelle attribuite in via esclusiva» agli stessi comitati etici territoriali.

Come emerge dall’intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano acquisita sul testo del decreto, e richiamata nelle premesse (intesa dell’11 gennaio 2023, Rep. Atti CSR/3), tale previsione recepisce, con una formulazione generale, la posizione delle regioni e delle province autonome, che hanno espresso l’intesa subordinatamente, tra l’altro, «alla conferma che, nelle more dell’adozione di un provvedimento dedicato, i pareri previsti con riferimento al suicidio medicalmente assistito continuano ad essere di competenza dei Comitati etici, ai quali questa funzione è stata attribuita a livello territoriale».

Nel caso della Regione Toscana, l'attribuzione di questi pareri spetta, in forza della deliberazione della Giunta della Regione Toscana 23 marzo 2020, n. 383 (L.R. 40/2005, art. 99 - Approvazione elementi essenziali per l'organizzazione dei Comitati per l'etica clinica - Revoca DGR 552/2005 e DGR 949/2009) ai comitati per l'etica clinica, disciplinati dall'art. 99 della legge reg. Toscana n. 40 del 2005, come sostituito dall'art. 24, comma 1, dalla legge della Regione Toscana 25 luglio 2017, n. 36 (Disposizioni in merito al nuovo assetto organizzativo delle funzioni di governo clinico regionale, della Commissione regionale di bioetica e dei comitati etici della Toscana), e successivamente modificato dall'art. 74, comma 1, della legge della Regione Toscana 20 luglio 2023, n. 29 (Legge generale di manutenzione dell'ordinamento regionale 2023).

Né è condivisibile la censura dell'Avvocatura generale dello Stato, secondo cui il ruolo attribuito dalla legge regionale impugnata alla commissione multidisciplinare si sovrapporrebbe a quello dei comitati etici richiamati dalla sentenza n. 242 del 2019, oggi disciplinati dai decreti ministeriali del 26 e del 30 gennaio 2023 sulla base di quanto previsto dal richiamato art. 2, comma 7, della legge n. 3 del 2018.

Il ruolo delle commissioni multidisciplinari è, infatti, quello di verificare la rispondenza delle specifiche condizioni patologiche della persona che richiede l'assistenza al suicidio ai requisiti fissati dalle sentenze n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024, nonché la sua piena capacità di prendere decisioni libere e consapevoli così come – in definitiva – la stessa sussistenza del proposito di concludere la propria vita. Alle commissioni è, altresì, affidato il compito di determinare le modalità di attuazione dell'assistenza al suicidio. Tale ruolo non si sovrappone a quello proprio dei comitati etici territoriali (nella terminologia della legislazione toscana: comitati per gli aspetti etici del caso), cui la medesima sentenza n. 242 del 2019 ha affidato – «[n]elle more dell'intervento del legislatore» – il compito di «garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità», esprimendo un parere sul caso. Si tratta di funzioni diverse, rispetto alle quali la legge regionale impugnata – contrariamente a quanto sostenuto dal ricorso statale – non determina alcuna indebita sovrapposizione.

11.2.– Parimenti non fondate si rivelano le censure statali che assumono il contrasto degli artt. 3, 4, 5 e 6 della legge regionale con l'art. 117, secondo comma, lettera *m)*, Cost., in relazione all'art. 1, commi 556, 557 e 558 della legge n. 208 del 2015.

Queste ultime disposizioni prevedono che la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, istituita presso il Ministero della salute, svolga, tra le altre, le attività di: a) valutazione sistematica delle prestazioni incluse nei LEA, per valutarne il mantenimento ovvero per definire condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza; b) acquisizione e valutazione delle proposte di inserimento nei LEA di nuovi servizi, attività e prestazioni; c) valutazione dell'impatto economico delle modifiche ai LEA. Sulla base delle attività così declinate, la Commissione formula annualmente una proposta di aggiornamento dei LEA.

Tuttavia, le disposizioni della legge regionale qui impugnate non prevedono – né potrebbero prevedere, per quanto sopra argomentato – un livello essenziale di assistenza, limitandosi a regolare profili organizzativi delle strutture sanitarie regionali; e nemmeno potrebbero incidere o comunque influire sulle autonome determinazioni, sul punto, della Commissione statale.

11.3.– Dal che la complessiva non fondatezza delle censure svolte nel terzo e ultimo motivo di ricorso.

LA CORTE COSTITUZIONALE

1) *dichiara* l'illegittimità costituzionale degli artt. 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, della legge della Regione Toscana 14 marzo 2025, n. 16 (Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024);

2) *dichiara* non fondate le questioni di legittimità costituzionale della intera legge reg. Toscana n. 16 del 2025, nonché dell'art. 1 della medesima legge regionale, promosse, in riferimento all'art. 117, commi secondo, lettera *l)*, e terzo, della Costituzione, dal Presidente del Consiglio dei ministri con il ricorso indicato in epigrafe;

3) *dichiara* non fondate le questioni di legittimità costituzionale della intera legge reg. Toscana n. 16 del 2025, nonché dell'art. 7, comma 2, secondo periodo, della medesima legge regionale, promosse, in riferimento all'art. 117, secondo comma, lettera *m)*, Cost., dal Presidente del Consiglio dei ministri con il ricorso indicato in epigrafe;

4) *dichiara* non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. 3, 4, 5 e 6 della legge reg. Toscana n. 16 del 2025, promosse, in riferimento all'art. 117, secondo comma, lettere *l)* e *m)*, Cost., dal Presidente del Consiglio dei ministri con il ricorso indicato in epigrafe.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 4 novembre 2025.

F.to:

Giovanni AMOROSO, Presidente

Francesco VIGANÒ, Redattore

Luca ANTONINI, Redattore

Igor DI BERNARDINI, Cancelliere

Depositata in Cancelleria il 29 dicembre 2025

Il Cancelliere

F.to: Igor DI BERNARDINI

Le sentenze e le ordinanze della Corte costituzionale sono pubblicate nella prima serie speciale della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (a norma degli artt. 3 della legge 11 dicembre 1984, n. 839 e 21 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092) e nella Raccolta Ufficiale delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale (a norma dell'art. 29 delle Norme integrative per i giudizi davanti alla Corte costituzionale, approvate dalla Corte costituzionale il 16 marzo 1956).

Il testo pubblicato nella Gazzetta Ufficiale fa interamente fede e prevale in caso di divergenza.