



Fabio Cembrani

(professore a contratto nell'Università degli Studi di Verona,
Facoltà di Medicina e Chirurgia)

La sentenza n. 204 del 29 dicembre 2025 della Corte costituzionale regionalizza davvero il fine-vita? Un commento a prima lettura *

*Does the Constitutional Court's ruling no. 204 of December 29, 2025, really regionalize end-of-life care? A commentary on first reading *.*

ABSTRACT: In this short essay, the author analyzes the main and most relevant contents of the Italian Constitutional Court's ruling no. 204 and its implications for the regulation of medically assisted death at the local level. In particular, he identifies the changes that will need to be made to Regional Law no. 16, approved by the Tuscany Region on March 14, 2025, and suggests some corrective measures aimed at streamlining the process and, above all, at not separating the care of the person from the verification of the substantive requirements established by constitutional jurisprudence for access to medically assisted death. He concludes by stating that this new ruling by the Court represents a good opportunity to reformulate, as a whole, the popular initiative law promoted by the Luca Coscioni Association, given the need, repeatedly expressed by the Constitutional Court, to enhance and promote serious medical care and to balance the principle of individual self-determination with the responsibility entrusted to the physician.

ABSTRACT: L'Autore analizza, in questo breve saggio, i principali e più rilevanti contenuti della sentenza n. 204 della Corte costituzionale italiana e quali saranno le sue ricadute sulla regolamentazione che potrà essere data, a livello locale, alla morte medicalmente assistita. Individua in particolare, le modifiche che dovranno essere apportate alla legge regionale n. 16 approvata dalla Regione toscana il 14 marzo 2025 e suggerisce alcuni interventi correttivi finalizzati a rendere più agile il percorso e, soprattutto, a non separare la presa in carico della persona sul piano della cura con la verifica dei requisiti sostanziali previsti dalla giurisprudenza costituzionale per l'accesso alla morte medicalmente assistita. Conclude affermando che questa nuova sentenza della Corte rappresenta una buona occasione per riformulare, nel suo complesso, la legge di iniziativa popolare promossa dall'Associazione 'Luca Coscioni' stante l'esigenza, ripetutamente espressa dal Giudice costituzionale, di valorizzare e

* Contributo sottoposto a valutazione - Peer reviewed paper.

© The Author(s)

Submitted: 06.01.2026 – Approved: 02.02.2026 – Published: 09.03.2026

DOI: <https://doi.org/10.54103/1971-8543/30857>



promuovere una seria assistenza medica e di bilanciare il principio di autodeterminazione individuale con la responsabilità comunque affidata al medico.

PAROLE CHIAVE: Health care, Medically assisted death, State and Regional legislative powers, Self-determination, Medical liability. Tutela della salute, Morte medicalmente assistita, Poteri legislativi statali e regionali, Autodeterminazione, Responsabilità medica.

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La legge regionale n. 16 approvata dalla Toscana il 14 marzo 2025 (*Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024*) - 3. Le ragioni del contrasto contenute nel ricorso presentato alla Corte costituzionale dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - 4. La sentenza n. 204 del 29 dicembre 2025 della Corte costituzionale e i rilevati vizi costituzionali della legge regionale toscana - 5. L'impatto della sentenza n. 204 del 2025 sulle regolamentazioni regionali/provinciali sull'accesso al suicidio medicalmente assistito - 6. Alcune brevi considerazioni di sintesi.

1 - Introduzione

C'era molta attesa¹ sull'esito del ricorso presentato al Giudice costituzionale dal Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, ricorso con il quale era stata impugnata nella sua interezza la legge n. 16 approvata dalla Regione Toscana il 14 marzo 2025 (*Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024*): legge con la quale il legislatore regionale aveva deciso di disciplinare l'iter organizzativo interno finalizzato a dare piena attuazione ai principi generali introdotti dalla giurisprudenza costituzionale in tema di morte medicalmente assistita indicandone i principali attori coinvolti (la persona o un suo delegato, la Commissione multidisciplinare permanente, il Comitato etico, l'ASL e la Regione) con precisazione delle relative aree di responsabilità e fissazione dei termini perentori da rispettare nell'esame delle singole richieste.

L'esito del giudizio di costituzionalità della legge toscana non era affatto scontato per le note difficoltà di potersi cautamente orientare tra

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



e nelle pieghe del complesso riparto delle competenze legislative² riservate, rispettivamente, allo Stato, alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano e per tutta una serie di “passaggi opachi”³, qualcuno di essi anche scorretto sul piano giuridico come si dirà successivamente, comunque contenuti in quella legge regionale⁴. È infatti innegabile che il riparto delle competenze legislative riservate allo Stato e alle Regioni e Province autonome sia del tutto intricato in riferimento all’art. 117, comma secondo, lettere m) e comma terzo Cost.⁵ e che la perdurante inerzia di cui si è reso fin qui interprete il nostro Parlamento sulla delicatissima questione della morte medicalmente assistita abbia favorito il diffuso proliferare della raccolta delle firme popolari che hanno portato, per prima la regione Toscana seguita poi dalla Sardegna, ad approvare proprie norme interne, sostanzialmente simili, già calendarizzate nella discussione d’aula di altri contesti locali come nella Provincia autonoma di Trento.

² Sul riparto delle competenze tra lo Stato e le autonomie locali si veda, in via generale, la completa analisi (a cura di) L. CUOCOLO, E. MORDACCI, *Il riparto di competenze tra stato e regioni. Vent’anni di giurisprudenza costituzionale sul Titolo V*, Pacini giuridica, Pisa Ospedaletto, 2023. Sul riparto delle competenze in materia di tutela della salute si veda, invece, R. BALDUZZI, D. PARIS, *Specialità che c’è, ma non si vede*, in *Corti supreme e salute*, p. 155 ss. Sulla questione rinvio anche a M. COSULICH, *Le sanità regionali «speciali»*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, il Mulino, Bologna, 2017.

³ A. LO CALZO, *La legge della Regione Toscana n. 16/2025 sulle “Modalità organizzative per l’attuazione delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 134/2024”: tra esigenze di certezza nell’uniforme godimento dei diritti e riserve di competenza del legislatore statale*, in *Corti supreme e salute*, 2025, 3.

⁴ G. RAZZANO, *La legge della regione Toscana sul suicidio assistito regionalizzato: regionalismo differenziato in un ambito ad elevatissima sensibilità etico-sociale, concernenti i principi supremi, i diritti inviolabili e la materia penale*, in *Consulta OnLine*, 17 maggio 2025. Della stessa G. RAZZANO si veda anche, *Le proposte di leggi regionali sull’aiuto al suicidio. I rilievi dell’Avvocatura Generale dello Stato, le forzature del Tribunale di Trieste e della commissione nominata dall’Azienda sanitaria*, in *Consulta OnLine*, 2024, 1.

⁵ P.F. BRESCIANI, *Sull’idea di regionalizzare il fine vita. Uno studio su autonomia regionale e prestazioni sanitarie eticamente sensibili*, in *Corti supreme e salute*, 2024, 1. Sul punto si veda anche L. BUSATTA, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, in *Osservatorio costituzionale*, n. 3, 2024, 179.



**2 - La legge regionale n. 16 approvata dalla Toscana il 14 marzo 2025
(‘Modalità organizzative per l’attuazione delle sentenze della Corte
costituzionale n. 242/2019 e n. 113/2024’)**

La legge n. 16 del 2025 approvata a larga maggioranza dal Consiglio regionale toscano, impugnata dal Presidente del Consiglio dei Ministri, consta di 9 articoli che compongono un ordinato e scorrevole articolato il quale, provando a correre parallelamente alla giurisprudenza costituzionale, ha tutta l’impressione di integrarne le parti mancanti e di porle in esecuzione più che di ampliarne i contenuti e i principi generali. Ciò che traspare, in primissima lettura, è un (davvero) modesto protagonismo decisionale del legislatore regionale che non sembrerebbe ingenerare alcun particolare sospetto rispetto all’aggiunta dei significati già affermati dal Giudice costituzionale e nessuna invasione di campo rispetto alla competenza legislativa esclusiva riservata allo Stato. La prima impressione che si ricava dalla sua lettura è che questa regolamentazione interna si sia limitata a proceduralizzare e a calendarizzare l’insieme dei passaggi che, fermo restando l’impianto generale riconosciuto dalla Corte per la difesa della vita (art. 2 Cost.), si rendono necessari, sul piano dell’organizzazione regionale, a dare piena effettività alla decisione della persona che ne ha titolo, trovandosi in particolarissime circostanze fattuali, di essere aiutata a morire con l’aiuto del medico.

Qui di seguito se ne offre una breve sintesi prima analizzare gli effetti provocati dalla loro riconosciuta incostituzionalità.

I primi due articoli della legge toscana, dopo aver enunciato le sue finalità rientranti nell’esercizio delle competenze regionali “in materia di tutela della salute” (art. 1), circoscrivono poi quali sono le persone titolate a essere arruolate in questo nuovo percorso indicandole in quelle in possesso dei requisiti previsti dalle sentenze n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024 della Corte costituzionale; per poi precisare che le loro modalità di ingaggio sono quelle previste dagli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017 fino all’entrata in vigore della disciplina statale (art. 2). Queste persone, direttamente o, con una prima (discutibilissima) novità, attraverso un loro “delegato”, per poter esercitare questa loro opzione, sono tenute a presentare all’ASL territorialmente competente, come prevede l’art. 4 della norma, l’istanza per l’accertamento dei requisiti previsti per l’accesso al suicidio medicalmente assistito nonché per l’approvazione o per la definizione delle relative modalità di attuazione corredandola di



ogni utile documentazione sanitaria, con la possibilità di indicare in essa il suo medico di fiducia. Questa istanza, con la relativa documentazione allegata, deve essere poi tempestivamente trasmessa dall'ASL al Comitato per l'etica nella clinica e a un neonato organismo previsto dall'art. 3, primo comma, della legge toscana: nello specifico alla Commissione multidisciplinare permanente chiamata, a sua volta, a verificare la sussistenza dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito e a definirne le relative modalità di attuazione. La cui articolata composizione è poi prevista nei commi successivi, con la precisazione che chi entrerà a farne parte lo farà a puro titolo volontario, in forma gratuita e in attività di servizio e con la successiva prescrizione che il lavoro affidato a questo neonato organismo deve essere completato nell'arco temporale massimo di 20 giorni: quindi in un lasso temporale perentorio e in termini davvero brevissimi, sospendibile per una sola volta e nel solo caso in cui si rendessero necessari nuovi accertamenti clinico-diagnostici, per un periodo comunque non superiore a 5 giorni.

Le aree di attività e di responsabilità affidate alla Commissione multidisciplinare permanente sono poi così precisate dall'art. 5 della norma: (a) verifica, in via preliminare, che l'interessato abbia ricevuto un'informazione chiara e adeguata sulla possibilità di accedere alle cure palliative, sul suo diritto di rifiutare o revocare il suo consenso alle cure anche di sostegno vitale e sulla possibilità di ricorrere alla sedazione continua profonda; (b) accertamento della sussistenza dei requisiti previsti dalla Corte costituzionale per l'accesso al suicidio assistito effettuata attraverso l'esame della documentazione prodotta e all'esito degli ulteriormente eventuali accertamenti ritenuti necessari, assicurando -in ogni caso- l'interlocuzione diretta con la persona e sentito il suo medico di fiducia; (c) definire, se richiesto dall'interessato, il protocollo con le modalità di attuazione del suicidio assistito; (d) chiedere il parere del Comitato sugli aspetti etici del caso il quale, a sua volta, dovrà esprimere il suo parere entro 7 giorni dal ricevimento della domanda; (e) redigere il parere finale con l'esito degli accertamenti esperiti per inviarlo all'ASL che lo dovrà poi trasmettere all'interessato.

Al supporto richiesto alla realizzazione del suicidio medicalmente assistito è dedicato l'art. 7 della legge regionale toscana agli effetti del quale si prevede che, entro 7 giorni dalla comunicazione, l'ASL assicura il supporto tecnico e farmacologico necessario nonché l'assistenza sanitaria per la preparazione all'autosomministrazione del farmaco autorizzato che rientra, a pieno titolo, nei livelli aggiuntivi ai livelli



essenziali d'assistenza (LEA) nazionali, garantendo la completa gratuità della prestazione come indicato dal successivo art. 8 della legge medesima.

3 - Le ragioni del contrasto contenute nel ricorso presentato alla Corte costituzionale dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri

Con ricorso notificato il 14 maggio 2025, il Presidente del Consiglio dei Ministri ha impugnato l'intera legge della Regione toscana nonché i suoi articoli da 1 a 6 e l'articolo 7, secondo comma, in riferimento, nel loro complesso, all'art. 117, commi secondo, lettere l) e m), e comma terzo della Carta costituzionale. Le ragioni dell'impugnazione dell'intera legge toscana sono ben riassunte nel *Ritenuto in fatto* in sentenza. Il primo motivo di ricorso deduce che

“la disciplina del suicidio medicalmente assistito rientrerebbe nella materia [...] riservata alla competenza legislativa esclusiva statale, incidendo sui diritti personalissimi, tra i quali quello alla vita, condizione di tutti i diritti, e all'integrità fisica dell'individuo. [...] risultando dunque necessariamente rimessa alla valutazione del legislatore la determinazione del livello minimo di tutela richiesto dai referenti costituzionali ai quali esse si saldano”⁶.

Anche per assicurare l'esigenza di uniformità di disciplina sull'intero territorio nazionale” e per non determinare “una disparità di trattamenti non tollerabile dall'ordinamento penale”, a nulla rilevando la circostanza che la mancanza di una specifica disciplina valga “a giustificare [...] l'interferenza della legislazione regionale in una materia affidata in via esclusiva alla competenza dello Stato”⁷.

Con il secondo motivo di ricorso l'Avvocatura generale dello Stato ha denunciato “la violazione [...] dell'art. 117 [...] Cost. in riferimento alla competenza legislativa esclusiva statale nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali e quella concorrente nella materia della tutela della salute”⁸.

In via subordinata rispetto ai due principali motivi di censura, il ricorso presentato alla Corte ha anche impugnato gli artt. 3, 4, 5 e 6 della

⁶ *Ritenuto in fatto*, punto 1.

⁷ *Ritenuto in fatto*, punto 1.1.

⁸ *Ritenuto in fatto*, punto 1.2.



legge toscana per violazione di alcune leggi dello Stato, in particolare della legge 11 gennaio 2018, n. 3 (*Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché di disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute*) cosicché la

“[...] commissione istituita dall’art. 3 della legge reg. Toscana n. 16 del 2025 [...] non potrebbe essere fatta rientrare tra ii comitati etici individuati dalla normativa statale oggi vigente, dovendosi dunque escludere che la valutazione richiesta [...] ai fini della scriminante della responsabilità penale possa essere rimessa a organismi di volta in volta creati, con regole autonome, da ciascuna Regione”⁹.

Sintetizzando: la legge regionale toscana impugnata avrebbe così, a giudizio dell’Avvocatura generale dello Stato, indebitamente invaso: (1) 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 in materia di tutela della salute di cui all’art. 117, terzo comma, Cost.; (2) la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di determinazione dei livelli essenziali d’assistenza (LEA) di cui all’art. 117, secondo comma, lettera m) Cost.; (3) la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di ordinamento civile avendo essa assegnato un ruolo sostanzialmente consultivo al Comitato per l’etica clinica.

4 - La sentenza n. 204 del 29 dicembre 2025 della Corte costituzionale e i rilevati vizi costituzionali della legge regionale toscana

Il *Considerato in diritto* della sentenza n. 204 del 2025 si apre con una premessa di carattere generale che la Corte costituzionale utilizza per ritenere infondati i primi due motivi del ricorso presentato dall’Avvocatura generale dello Stato e così respingere l’asserita incostituzionalità della legge toscana. Riflettendo sulle sue finalità, precisate dall’art. 1 della legge regionale toscana e dal suo Preambolo (punti 6 e 7), la Corte ammette, con una “certa disinvoltura”¹⁰, che la disciplina regionale toscana, dettando

⁹ Ritenuto in fatto, punto 1.3.

¹⁰ Così A. RUGGERI, *La “regionalizzazione” della disciplina del fine-vita: un bicchiere mezzo pieno per le fonti di autonomia e mezzo vuoto per la Costituzione (a prima lettura di Corte*



“norme a carattere meramente organizzativo e procedurale [...] sulla base dei principi enunciati dalla giurisprudenza di questa Corte [...] afferisce, *prima facie*, alla materia della tutela della salute, oggetto di competenza legislativa regionale concorrente ai sensi dell’art. 117, terzo comma, Cost.”¹¹

a nulla rilevando che l’esercizio di questa competenza possa

“ritenersi precluso dalla circostanza che lo Stato non abbia ancora provveduto [...] all’approvazione di una legge che disciplini in modo organico, nell’intero territorio nazionale, l’accesso alla procedura medicalizzata dell’assistenza al suicidio”¹².

La Regione toscana sarebbe, quindi, intervenuta in una materia di sua competenza e nel pieno rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla legislazione statale che la Corte individua: negli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento), nella legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) e nell’art. 14, terzo comma, lettera q) della legge 23 dicembre 1978 n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale). Da qui una prima area di problematicità perché, come si ricorderà, nell’ordinanza monitoria n. 207 del 2018 il Giudice costituzionale aveva espressamente invitato il legislatore a intervenire, entro il termine tassativo di 11 mesi, mettendo mano proprio alla legge n. 217 del 2019 per integrarla e così superare l’enorme scoglio, che sembrava allora invalicabile, prodotto dall’art. 580 della legge penale: un auspicio ribadito con forza dalla Corte in tutte le sue successive pronunce per “assicurare concreta e puntuale attuazione ai principi fissati [...] ferma restando la possibilità per il legislatore di dettare una disciplina diversa [...]”¹³.

Un auspicio fin qui caduto nel nulla anche se l’ostacolo rappresentato dall’art. 580 c.p. è stato - come sappiamo - superato dalla Corte costituzionale che, con sentenza n. 242 del 2019, ha riconosciuto la parziale incostituzionalità di quella previsione penale dopo aver

cost. n. 204 del 2025), in *Consulta OnLine*, 3 gennaio 2026 il quale avverte che “mettendosi qui in gioco l’esistenza stessa dell’uomo, si va ben oltre il pur vasto ambito materiale in cui si situano le plurime esperienze relative alla tutela della salute, nella sua ristretta accezione, dimostrandosi assai problematica l’apertura alle discipline regionali”.

¹¹ *Considerato in diritto*, punto 2.1.

¹² *Considerato in diritto*, punto 2.2.

¹³ Corte costituzionale, sentenza n. 135 del 2024, punto 10 del *Considerato in diritto*.



ammesso il pari valore, sul piano naturalistico, del rifiuto alla cura che costringe il medico a una condotta attiva (ad esempio, il distacco o lo spegnimento di un macchinario salvavita) e della condotta professionale “all’accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento conseguente all’anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale”¹⁴.

Ipotesi, questa, non ammessa dalla legge n. 219 del 2017 con un suo (presunto) *vulnus* espressamente individuato dalla Corte costituzionale che, con la sentenza a doppio binario del 2019, ha caratterizzato la circoscritta area di non punibilità dell’art. 580 c.p. facendola corrispondere alle situazioni davvero eccezionali in cui l’aspirante suicida sia una persona (a) affetta da una patologia irreversibile (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili (c) capace di prendere decisioni libere e consapevoli (d) mantenuto in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale (TSV). Aprendo così la strada al riconoscimento dei così detti ‘diritti infelici’¹⁵ degli ammalati avendo la Corte individuato una circoscritta area di non rimproverabilità penale dell’aiuto al suicidio organizzata sulla base di una stretta e rigorosa cintura di protezione a difesa della vita umana (art. 2 Cost.). Con l’*addendum*, non certo trascurabile, previsto con la sentenza n. 242 del 2019, che l’esistenza di questi strutturati paletti di recinzione deve essere verificata da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale previo parere del Comitato etico territoriale.

Qualche ulteriore perplessità emerge poi dall’idea espressa dal Giudice costituzionale di far rientrare i requisiti procedurali che regolano la morte medicalmente assistita negli accertamenti a cui, del tutto genericamente, si richiama l’art. 14, terzo comma, lettera q) della legge n. 833 del 1978, non foss’altro perché si tratta di ambiti di intervento e di verifica all’epoca impensabili anche in quell’area di specializzazione medica espressamente richiamata da quella specifica norma: la verifica dei requisiti previsti dalla Corte costituzionale per l’accesso al suicidio medicalmente assistito e il compito di stabilire le sue modalità di esecuzione, previa acquisizione del parere del Comitato sugli aspetti etici, sono, come si dirà tra un attimo, ambiti valutativi particolarmente complessi fermo restando che posizionare in due contenitori separati gli

¹⁴ Corte costituzionale, sentenza n. 242 del 2019, punto 2.2 del *Considerato in diritto*.

¹⁵ M. DONINI, *La necessità di diritti infelici. Il diritto di morire come limite all’intervento penale*, in *Diritto penale contemporaneo*, 15 marzo 2017.



aspetti clinici e quelli etici insiti in ogni situazione di malattia è una stridente e innaturale forzatura che, alla fine dei fatti, condiziona la decisione e ne compromette la qualità e la garanzia procedurale. Con rischi evidenti prodotti dalla bipartizione degli organi tecnici chiamati alla loro esplorazione e dalla loro sostanziale indipendenza rispetto a quei professionisti della cura ai quali spetta comunque l'esercizio del delicatissimo ruolo di garanzia¹⁶, rischi radicalizzati dalla pur sempre possibile eterogeneità di vedute, dal ventaglio del sì e del no, dei pareri favorevoli e di quelli contrari.

Ciò nonostante, del tutto apprezzabile lo sforzo fatto dalla Corte, pur con i limiti problematici accennati, di confermare la solida titolarità, in questo specifico settore della cura, del Servizio sanitario nazionale a dispetto di chi vorrebbe creare quel Comitato nazionale di valutazione composto da sette componenti di nomina politica sulla cui indipendenza è senz'altro lecito fin d'ora dubitare¹⁷. Né l'esercizio della competenza legislativa regionale ha violato, secondo il Giudice costituzionale, la competenza legislativa statale in materia di ordinamento sia penale che civile. L'area di non punibilità dell'art. 580 c. p. resta "quella individuata dalla sentenza n. 242 del 2019"¹⁸ non mirando a introdurre "un diritto che in altre regioni non è riconosciuto" risultando dichiaratamente mirata

"a disciplinare nel dettaglio le modalità per l'attuazione di garanzie e procedure, i cui tratti essenziali -uniformi su tutto il territorio

¹⁶ Sulla posizione di garanzia del medico rinvio a **C. SALE**, *La posizione di garanzia del medico tra fonti sostanziali e formali. Nota a Cass. pen., Sez. IV, ud. 29 gennaio 2013 (dep. 19 febbraio 2013), n. 7967, Pres. Brusco, Est. Montagni, imp. Fichera*, in *Diritto penale contemporaneo*, 21 giugno 2013. Si veda anche la nota di **F. LOMBARDI**, in *Giurisprudenza penale*, 18 febbraio 2016. Sull'orientamento giurisprudenziale vedi ex plurimis: Cass. IV, 28 ottobre (1° dicembre) 2004, n. 46586, imp. Ardizzone, est. Romis; Cass. IV, 14 novembre 2007 (11 marzo 2008), n. 10795, imp. Pozzi, est. Brusco; Cass. IV, 4 giugno (15 settembre) 2008, n. 35307, imp. Izzo, est. Romis; Cass. IV, 14 novembre (22 dicembre) 2008, n. 47490, imp. Calzini, est. Piccialli; Cass. IV, 2 dicembre 2008 (19 gennaio 2009), n. 1866, imp. Toccafondi, est. Blaiotta; Cass. IV, 4 marzo (11 marzo) 2009, n. 10819, imp. Ferlito, est. Romis; Cass. IV, 19 maggio (30 settembre) 2009, n. 38225, imp. Di Fabio, est. Izzo; Cass. IV, 8 aprile (28 maggio) 2010, n. 20370, imp. Zagni, est. Romis; Cass. IV, 26 maggio (23 settembre) 2010, n. 34521, imp. Huscher; Cass. IV, 27 ottobre (19 dicembre) 2011, n. 46830, imp. Zheng Li, est. Romis.

¹⁷ **A. MASSARO**, *Il nuovo disegno di legge in materia di suicidio medicalmente assistito: come può uno scoglio arginare il mare*, in *Giurisprudenza penale*, 7 luglio 2025.

¹⁸ *Considerato in diritto*, punto 2.4.



nazionale- già si rinvencono [...] nell'ordinamento vigente alla luce delle sentenze di questa Corte n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024"¹⁹.

L'impianto della legge toscana viene, quindi, complessivamente salvato dalla Corte che, proseguendo nel suo lungo iter argomentativo, entra poi nel merito delle specifiche previsioni disciplinari per evidenziare tutta una serie di vizi prima di dichiarare la loro illegittimità costituzionale. Mentre nessuna censura viene formulata riguardo ai contenuti, sostanzialmente di scopo, dell'art. 1 della legge regionale²⁰, la Corte costituzionale dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 2 il quale, sostanzialmente, conferma i sei requisiti previsti dalla Corte stessa per l'accesso al suicidio medicalmente assistito fino all'entrata in vigore della disciplina statale. Questa disposizione, a giudizio del Costituente, viola l'art. 117, secondo comma, lettera l) Cost. essendo preclusa alle Regioni e alle Province autonome la possibilità di

"[...] cristallizzare nelle proprie decisioni 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 di legislazione statale";

con la conseguenza che la legislazione regionale «non può pretendere di agire in via suppletiva della legislazione statale, neppure in via transitoria per così dire "impossessandosi" dei principi ordinamentali stabiliti da questa Corte»²¹.

Un passo indietro della Corte rispetto al passato che ha inteso cedere il passo al legislatore statale nel dettare una disciplina più stringente? Assolutamente no, perché più volte la giurisprudenza costituzionale ha richiamato il legislatore a esercitare le sue funzioni ammettendo che il suo ruolo non è quello

"[...] di sostituirsi al legislatore nella individuazione del punto di equilibrio in astratto più appropriato tra il diritto di autodeterminazione di ciascun individuo sulla propria esistenza e le contrapposte istanze della vita umana"²².

Al Parlamento è così riservata la possibilità di individuare soluzioni diverse rispetto a quelle fin qui prospettate dalla Corte in grado di assicurare un altro margine di tutela del diritto alla vita, ampliando

¹⁹ Considerato in diritto, punto 2.5.

²⁰ Considerato in diritto, punto 3.

²¹ Considerato in diritto, punto 4.

²² Considerato in diritto, punto 7.2.



ma anche restringendo il perimetro certo a difesa della vita dalla giurisprudenza costituzionale che non può essere così cristallizzata in una legge regionale.

Il Giudice costituzionale salva, invece, l'art. 3 della legge toscana e, quindi, la nomina delle Commissioni multidisciplinari permanenti che non rientra nelle "competenze esclusive statali" configurandosi "come statuizioni di carattere organizzativo, riconducibili a una disciplina di dettaglio in materia di tutela della salute, quindi di competenza regionale"²³. Senza, dunque, entrare nel merito dell'appropriatezza di questa scelta fatta dalla Regione toscana, una scelta sicuramente discrezionale rientrante nella sfera della sua competenza legislativa concorrente la quale, a ben osservare, rappresenta una profonda novità rispetto all'impianto complessivo della procedura disegnata dalla Corte medesima. Una novità, questa, sicuramente non trascurabile che fraziona in due momenti distinti la fase procedimentale e che finisce, irragionevolmente, con il posizionare su piani temporalmente diversi e sostanzialmente separati la valutazione dei 4 requisiti sostanziali fissati dalla Corte per l'accesso alla morte medicalmente assistita e quella riguardante gli aspetti più propriamente etici del caso. Così frammentando la complessa identità biografica (fenotipica) di ogni paziente che, oltre alla malattia, risente sempre di quell'ampia serie di variabili (ambientali, familiari e bioetiche) ricomprese nel moderno concetto del funzionamento bio-psico-sociale²⁴.

Sull'art. 4 della legge toscana la Corte coglie pienamente nel segno accettando quella parte della censura statale in cui si reclamava l'invasione della competenza legislativa esclusiva dello Stato nell'inciso, contenuto nel comma 1, con il quale veniva statuiva la possibilità che l'istanza potesse essere presentata da un "delegato" della persona anziché dalla persona medesima. È il solo interessato, quindi, che, se maggiorenne e capace di prendere decisioni libere e consapevoli, può attivare la domanda e questo in coerenza "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

²³ Considerato in diritto, punto 7.5.

²⁴ Cfr. **M.G. BERNARDINI**, *La capacità vulnerabile*, Jovene, Napoli, 2021, la quale suggerisce l'esigenza di un ripensamento globale della filosofia del diritto che deve necessariamente investire "anche la nozione di soggettività giuridica" (p. 21) dei "tanti individui differenti, ciascuno con proprie specificità che assumono rilievo attraverso i loro corpi" (p. 20).



consapevoli”²⁵. A nulla rilevando, in questo particolarissimo campo della salute, le funzioni di rappresentanza giuridica che devono essere comunque lette e interpretate coerentemente a quanto previsto dall’art. 3 della legge n. 219 del 2017.

Gli artt. 5 e 6 della legge toscana sono stati esaminati congiuntamente dalla Corte in quei loro frammenti i quali, nel loro complesso insieme, determinano la stringente tempistica della procedura e la sua sostanziale spaccatura in due trance, anche se con qualche forzata interdipendenza. Procedura che, riguardo alla verifica dei requisiti previsti per l’accesso al suicidio medicalmente assistito, deve tassativamente concludersi entro 20 giorni dal ricevimento della domanda, termine sospendibile una sola volta per non più di 5 giorni qualora si rendessero necessari ulteriori accertamenti clinico-diagnostici con la precisazione che il parere sugli aspetti etici in capo al Comitato deve essere formalizzato entro 7 giorni dal ricevimento della documentazione. Mentre la definizione o l’approvazione delle sue modalità di attuazione deve avvenire entro 10 giorni dalla comunicazione all’interessato della sussistenza dei requisiti per accedervi fermo restando che, in questo caso, il Comitato etico ha 5 giorni di tempo per esprimere il suo parere. L’insieme di questi tasselli normativi viola, a giudizio della Corte, la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di ordinamento civile di cui all’art. 117, secondo comma, lettera l), Cost. e di quella concorrente relativa alla determinazione dei principi fondamentali in materia di tutela della salute di cui all’art. 117, terzo comma, Cost. coinvolgendo

“[...] scelte che necessitano di uniformità di trattamento sul territorio nazionale per ragioni imperative di uguaglianza, *ratio* ultima della riserva allo Stato della competenza legislativa esclusiva in materia di ordinamento civile”.

Anche perché

“[...] 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 [...] che

²⁵ Considerato in diritto, punto 7.6.



possono richiedere tempi di verifica non compatibili con gli stringenti termini fissati dalle disposizioni impugnate”²⁶.

Da ciò la dichiarata illegittimità costituzionale dell’art. 5, commi primo, quarto, secondo periodo, e quinto dell’art. 6 della legge regionale toscana il cui effetto finale è l’indicazione di termini procedurali impossibili da rispettare per chi ha un minimo di dimestichezza con il funzionamento degli organismi tecnici in composizione collegiale.

Parzialmente illegittimo sul piano costituzionale è stato poi ritenuto dalla Corte costituzionale anche l’art. 7 della legge toscana. In particolare, il suo primo comma, in quella parte che impegnava le ASL toscane ad assicurare, nelle forme previste dal protocollo di effettuazione della morte medicalmente assistita, il supporto tecnico e farmacologico necessari nonché l’assistenza sanitaria per la preparazione dell’autosomministrazione perché queste previsioni invadono la riserva di legge affidata allo Stato. L’obbligatorio coinvolgimento delle ASL in queste circostanze “ha una portata normativa che dimostra una vera e propria non consentita regionalizzazione dei medesimi principi [...] determinando un *vulnus* alla riserva stabilita dall’art. 117, terzo comma, Cost.” fermo comunque restando

“il diritto della persona di ottenere dalle aziende del Servizio sanitario regionale il farmaco, i dispositivi occorrenti all’autosomministrazione nonché l’assistenza sanitaria anche durante l’esecuzione di questa procedura”.

L’aver sottratto questo coinvolgimento alla sfera di responsabilità della sanità pubblica non esclude, tuttavia, il monitoraggio delle sue modalità di realizzazione ritenuto necessario dalla Corte con la sentenza n. 132 del 2025 e le operazioni di verifica anche in questa fase

“(del)la persistenza della piena e consapevole volontà della persona di concludere la propria vita e l’assenza di indebiti condizionamenti nel momento dell’esecuzione [...] 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”²⁷.

Incostituzionale, secondo la Corte, anche il secondo comma dell’art. 7 della legge toscana nella parte in cui si richiamava un livello di

²⁶ Considerato in diritto, punto 7.1.

²⁷ Considerato in diritto, punto 8.1.



assistenza sanitaria superiore ai LEA per l'invasione della disciplina statale perché "interferisce sulla definizione stessa di livello essenziale - peraltro realizzando una disparità tra i cittadini a seconda che la regione sia o meno in piano di rientro- che è riservata al legislatore statale". Costituzionalmente illegittimo è stato poi dichiarato dal Giudice costituzionale anche il comma 3 dell'art. 7 che consentiva alla persona di sospendere o annullare l'erogazione del trattamento per la sua sostanziale incoerenza

"[...] 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"²⁸.

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"²⁹. Con conseguenze di tutto rilievo sul piano pratico che modificano quell'idea precedentemente espressa dalla Corte costituzionale riguardo all'esistenza di una "situazione soggettiva tutelata, quale consequenziale proiezione della sua libertà di autodeterminazione" con il suo parallelo diritto

"di essere accompagnata dal Servizio sanitario nazionale nella procedura di suicidio medicalmente assistito che, secondo i principi che regolano il servizio, include il reperimento dei dispositivi idonei, laddove esistenti, e l'ausilio nel relativo impiego"³⁰.

Perché alla persona alla quale è stata riconosciuta l'opzione di accedere al suicidio assistito potranno essere gratuitamente forniti dal Servizio sanitario regionale i dispositivi occorrenti all'autosomministrazione e il principio attivo letale ma non l'assistenza che serve nella fase antecedente l'autosomministrazione del farmaco compresa, evidentemente, la sua preparazione in soluzione alla concentrazione determinata e il posizionamento intravenoso dei dispositivi che

²⁸ Considerato in diritto, punto 5.

²⁹ Considerato in diritto, punto 8.4.

³⁰ Considerato in diritto, punto 4.



dovranno essere direttamente azionati dalla persona medesima. Una retromarcia evidente del Giudice costituzionale che mette in discussione l'idea stessa del suicidio medicalmente assistito dal Servizio sanitario nazionale. Nella sua fase esecutiva non c'è, infatti, a giudizio della Corte, nessun obbligatorio coinvolgimento delle ASL e dei relativi professionisti³¹, fatta naturalmente salva la fornitura gratuita del farmaco e dei dispositivi richiesti per l'autosomministrazione e i controlli sulla sua fase esecutiva. Con la conseguenza che il diretto interessato sarà così costretto a ricorrere, a sue spese, a medici liberi professionisti che lo potranno aiutare nella delicatissima fase che precede l'autosomministrazione e ai quali spettano una nuova e rinnovata area di responsabilità per evitare le pur sempre possibili responsabilità penali. E che dovranno: (a) verificare la persistenza della piena e consapevole volontà della persona di concludere la sua vita; (b) attestare le modalità esecutive della procedura e la loro coerenza con quelle fissate dal protocollo approvato da chi sarà a ciò designati; (c) documentare, infine, il suo esito finale.

Nessuna censura sul piano della presunta incostituzionalità ha, invece, rilevato la suprema Corte rispetto agli artt. 8 e 9 della legge regionale toscana.

5 - L'impatto della sentenza n. 204 del 2025 sulle regolamentazioni regionali/provinciali dell'accesso al suicidio medicalmente assistito

Gli entusiastici plausi con cui è stata accolta la sentenza n. 204 del 2025 della Corte costituzionale³² non rispecchiano la realtà dei fatti e la

³¹ Cfr. **M. ESPOSITO**, *La tutela delle persone più fragili vero punto fermo per il legislatore*, in *Avenire*, 4 gennaio 2026.

³² Cfr. *Il Fatto quotidiano*, 29 dicembre 2025: «Esulta anche l'Associazione Coscioni, da anni impegnata con il tesoriere Marco Cappato e gli attivisti nella battaglia sul diritto a essere liberi. "La Consulta smentisce il Governo: le Regioni possono agire sui diritti nel fine vita, respinta l'impugnazione "totale" contro la legge toscana. Con la sentenza n. 204 del 2025 la Corte costituzionale ha respinto l'impostazione del Governo che chiedeva di cancellare integralmente la legge della Regione Toscana sul suicidio medicalmente assistito. La Consulta ha chiarito che le Regioni possono intervenire per organizzare il Servizio sanitario e rendere effettivi i diritti già riconosciuti dalla sentenza n. 242 del 2019, anche in assenza di una legge nazionale sul fine-vita, respingendo le censure rivolte contro l'intero impianto della legge toscana" si legge nella nota che



complessità della situazione che si è venuta a creare in questo vero e proprio scontro istituzionale che ha, da tempo, contrapposto l'immobilismo parlamentare al ruolo affidato alla Corte stessa e, più recentemente, a quelle assegnati alle Regioni e alle Province autonome in materia di tutela della salute.

In realtà, non c'è nessun effettivo vincitore e, se qualcuno pensa di avere sconfitto gli avversari e avere vinto la lunga partita in corso che non è ancora arrivata al suo epilogo, la realtà è che si è trattato di una 'mezza vittoria'³³. Per le Regioni e per le Province autonome le quali, pur avendo ricevuto il *placet* della Corte per l'adozione di norme di disciplina del fine-vita, dovranno riformare - e non di poco - quelle già approvate e quelle calendarizzate in discussione d'aula; per la Costituzione "a motivo delle non poche né poco rilevanti oscillazioni di cui si ha riscontro nella giurisprudenza costituzionale [...] con riguardo alla loro ricognizione in relazione alle questioni eticamente sensibili"³⁴; e così, infine, anche per il principale promotore della legge di iniziativa popolare che si proponeva - dobbiamo ricordarlo - questo triplice obiettivo³⁵: (1) garantire, in tutto il Paese, tempi certi di risposta alle persone malate che hanno il diritto di porre fine alla loro vita; (2) superare i vari profili di difficoltà applicativa registrati chiarendo i ruoli dei diversi soggetti istituzionali implicati nella relativa procedura; (3) nel pieno rispetto dei sei criteri (4 sostanziali e 2 procedurali) ripetutamente indicati dalla giurisprudenza costituzionale per la parziale derubricazione dell'art. 580 della legge penale.

Tra vuoti e pieni, tra bicchieri mezzo colmi e bicchieri mezzo vuoti, tra brindisi fatti e tra brindisi rimandati, cimentarsi nel bilancio definitivo degli effetti provocati dalla pronuncia della Consulta è un'operazione non agevole per il troppo breve lasso di tempo trascorso dal suo deposito pur dovendo ammettere che la legge regionale toscana dovrà essere ampiamente ammendata, che il medesimo effetto toccherà anche alla legge approvata dalla Regione Sardegna e che anche quei disegni di legge di iniziativa popolare già calendarizzati alla discussione

ricorda come "le dichiarazioni di illegittimità riguardano solo singoli profili, che non mettono in discussione né il perimetro dei diritti delle persone malate, né l'obbligo delle strutture pubbliche di dare attuazione ai principi costituzionali già stabiliti"».

³³ Così A. RUGGERI, *La "regionalizzazione"*, cit. *supra*.

³⁴ Così A. RUGGERI, *La "regionalizzazione"*, cit. *supra*.

³⁵ Relazione illustrativa della legge di iniziativa popolare, disponibile al sito www.liberisubito.it (ultimo accesso 5 gennaio 2026).



d'aula in altri contesti locali dovranno essere profondamente modificati per sottrarli al rischio di incostituzionalità.

Guardando, più in generale, al triplice obiettivo dichiarato nel Preambolo della legge di iniziativa popolare, il risultato ottenuto è del tutto modesto per non dire addirittura fallimentare: con la sentenza n. 204 del 2025 la Corte costituzionale ha, infatti, dichiarato l'incostituzionalità di una procedura scandita nel suo iter procedurale da tempi di risposta predefiniti e in termini sicuramente troppo ristretti, di poter cristallizzare (rendere cioè definitivi e ipostatici), con una legge regionale o provinciale, le condizioni sostanziali e procedurali che giustificano la messa in atto delle pratiche suicidarie e di affidare la fase della loro esecuzione ai medici del Servizio sanitario nazionale.

Entrando poi nel merito degli effetti prodotti dalla sentenza è così necessario ammettere che, fermi anche restando gli ambiti di competenza rispettivamente affidati alla Commissione multidisciplinare permanente e al Comitato etico sui quali si ritornerà tra un attimo, al legislatore locale non sarà così consentito prefissare i termini di un processo particolarmente delicato e complesso che deve non solo accertare il rispetto dei criteri sostanziali previsti per l'accesso alla morte medicalmente assistita ma anche definire, condividendole con l'eventuale medico di fiducia dell'interessato, le sue modalità di esecuzione. La fretta, in questo delicatissimo settore della vita pubblica, è da evitare per il rischio concreto che esiste il rischio delle "premature rinunce", a danno soprattutto delle persone più fragili e vulnerabili; altrettanto, l'immotivato (spesso pregiudiziale) rallentamento dei tempi di risposta non è certo un buon indice di quella serietà dell'assistenza medica pretesa dal Giudice costituzionale in questo campo.

Ciò che è certo è che la fase valutativa, per come la stessa è stata delineata dalla regolamentazione approvata dalla Regione toscana, è straordinariamente complessa proprio per la sua scomposizione in due fasi diverse anche sul piano temporale; questo perché, una volta accertata la rispondenza della situazione generale della persona ai requisiti oggi fissati dalla giurisprudenza costituzionale non c'è nessuna buona ragione di posticipare la scelta riguardante le modalità di attuazione della morte assistita. Non solo per ragioni di consequenzialità logica, a meno che non esistano contrasti di vedute con il medico di fiducia della persona sulla posologia del farmaco da somministrare come è avvenuto



nel 2022 nella regione Marche³⁶, ma soprattutto perché il ventaglio delle opzioni farmacologiche attualmente disponibili non è certo sconfinato come conferma l'esperienza maturata in quei Paesi europei che hanno depenalizzato l'eutanasia. Paesi in cui, di regola, la morte avviene con la somministrazione endovenosa del Tiopentone sodico (Thiopental), una polvere sterile che deve essere diluita in soluzione fisiologica al dosaggio di 3-5 grammi per una persona adulta del peso di 70 Kg³⁷. Dare per ammessa la possibilità di separare queste due fasi di sostanziale verifica collocandole, tra l'altro, su piani temporali diversi, anche se rigidamente scanditi sul piano procedimentale, risulta così essere una scelta infelice esponendo al concreto rischio di compromettere non solo la linearità del processo di verifica ma l'effettiva presa in carico della persona. E amplificare tutta quella serie di *biases* noti a chi di noi ha operato in organismi pluridisciplinari che, per loro stessa natura e per le diverse sensibilità dei professionisti in essi coinvolti, non sempre esprimono idee univoche che spesso costringono ad assumere le decisioni attraverso la maggioranza dei voti: uno strumento -questo- che è auspicabile evitare anche per i profili di responsabilità che potrebbero essere addebitati nel caso di un pur sempre possibile contenzioso. Vero è che le Commissioni multidisciplinari permanenti potrebbero dotarsi di un Regolamento di funzionamento interno per disciplinare la loro attività: questa opzione, pur sempre possibile, potrebbe però avere l'effetto di rendere ancor più acute le disuguaglianze territoriali nelle oltre 250 Aziende sanitarie locali, Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere universitarie che esistono nel nostro Paese.

A tutto questo si aggiunga un'ulteriore complessità che merita di essere segnalata perché l'esplorazione di alcuni dei 4 criteri sostanziali previsti dalla Corte costituzionale per l'accesso al suicidio medicalmente assistito risente, purtroppo, di un buon margine di discrezionalità sul piano tecnico. Così è, ad esempio, la valutazione della sofferenza e il suo grado di insopportabilità perché, se qualche strumento lo abbiamo

³⁶ Si veda, al riguardo, il parere espresso il 4 febbraio del 2022 dal Gruppo Tecnico Multidisciplinare nominato dall'ASUR-Marche, disponibile al sito www.associazionelucacoscioni.it (ultimo accesso 5 gennaio 2026).

³⁷ Si vedano, al riguardo le LINEE-GUIDA KNMG/KNMP olandesi dal titolo "Implementazione dell'eutanasia e del suicidio assistito" recentemente aggiornate nei loro passaggi sulla donazione di organi dopo l'eutanasia e sulle metodiche per determinare un'adeguata riduzione della coscienza, disponibili sul sito www.Knmp.nl (ultimo accesso 5 gennaio 2025).



nell'esplorazione (oggettivazione e riproducibilità) della sofferenza fisica, per quella psicologica abbiamo sì, a nostra disposizione, interviste semi-strutturate che ci consentono di poterla in qualche modo descrivere ma non di valutarne l'effettivo e concreto gradiente di insopportabilità in questa nostra epoca post-secolare dominata da una paura generalizzata del dolore³⁸. Così si dica anche per la valutazione della dipendenza della persona dai mezzi di sostegno vitale (TSV) sui quali, nonostante l'intervento parzialmente chiarificatore (anche se in arretramento rispetto al precedente orientamento con conseguente allargamento della platea delle persone elegibili) della Corte³⁹, non esiste nessuna convergenza scientifica e così ancora, e forse soprattutto, per la validazione della robustezza decisionale che risente dell'ampia gamma degli stimoli e delle interferenze ambientali che modulano la razionalità umana. Da non confondere con la ragionevolezza, visto che una scelta libera e consapevole sul piano personale può spesso apparire irragionevole per non dire bizzarra nella mente dell'osservatore, considerato anche che non esiste mai una netta linea di demarcazione tra la capacità e l'incapacità che risultano essere due categorie giuridiche non contigue ma quasi sempre separate da una spessa e larga fascia grigia, non semplice da districare.

Tutto questo è confermato “[dal]la larga frangia di idee imprecise ed eterogenee” esistenti⁴⁰ anche nel mondo anglosassone dove la competenza (*competency*) e la capacità (*capacity*) sono strutture assiologiche diverse; essendo la *capacity* definita, diversamente dalla prima⁴¹, come quella caratteristica della persona in grado di partecipare alle diverse procedure. legali e che deve essere sempre presunta nel senso che la si può confutare solo con l'intervento del Giudice, dopo la presentazione di prove⁴².

³⁸ Così **BC HAN**, *La società senza dolore. Perché abbiamo bandito la sofferenza dalle nostre vite*, Einaudi, Torino, 2021, p. 5.

³⁹ **F. CEMBRANI**, *Ricadute pratiche della sentenza n. 135 della Corte costituzionale che, pur non smentendo sé stessa, ha (di fatto) esteso il diritto di accesso alla morte medicalmente assistita*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, Rivista telematica (<https://riviste.unimi.it/index.php/statoechiese/index>), n. 2 del 2025.

⁴⁰ Cfr. **P. STANZIONE**, voce *Capacità (diritto privato)*, in *Enciclopedia giuridica Treccani*, 1988, Roma.

⁴¹ **R.R. DARBY, B.C. DICKERSON**, *Dementia, Decision Making, and Capacity*, in *Harvard Rev. Psychiatry*, 2017 Nov/Dec; 25(6), pp. 270-278.

⁴² **P.S. APPELBAUM**, *Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment*, in *N Engl J Med.*, 2007 Nov 01; 357(18), p. 1834.



Qualche strumento per non perdersi in questo complesso labirinto della mente umana non riducibile alla sola esplorazione dei domini razionali lo abbiamo a disposizione, e questo è un dato di fatto; pur tuttavia è da sottolineare e accettare l'esistenza di un oggettivo e reale margine di incertezza scientifica, soprattutto nelle situazioni dubbie. L'idea prevalente che si è, purtroppo, diffusa e strutturata nei luoghi della cura è che la valutazione della robustezza decisionale della persona possa essere affrontata con la valutazione psicometrica utilizzando il più spesso delle volte il test di Folstein (MMSE), meno frequentemente l'intervista semi-strutturata della MacArthur Competence Assessment Tool, il metodo Vignette o il diagramma di flusso di Church et Al⁴³. Non sono però convinto della qualità di questa scelta perché queste testistiche non sono in grado di esplorare tutte quelle funzioni sottocorticali che interferiscono la razionalità⁴⁴. Cosicché l'esistenza di qualche dubbio, sul piano scientifico, la si deve riconoscere ammettendo così che la validazione psicometrica non deve essere una regola fissa capace, come si dice nel linguaggio comune, di "tagliare la testa al toro", dovendo essa essere circoscritta alle sole situazioni di dubbio, soprattutto quando esiste disaccordo tra i professionisti e/o tra i familiari della persona o quando le decisioni assunte dalla medesima possono avere gravi conseguenze per la sua vita: un

"valore che si colloca in posizione apicale nell'ambito dei diritti fondamentali della persona [...] da iscriversi tra i diritti inviolabili, e cioè tra quei diritti che occupano nell'ordinamento una posizione, per dir così, privilegiata, in quanto appartengono - per usare l'espressione della sentenza n. 1146 del 1988 - all'essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana"⁴⁵.

Al punto che, nel caso di un rifiuto opposto da una persona incapace quando il bene in pericolo è la vita della medesima, si potrebbe eccezionalmente optare per il trattamento a patto che esso sia proporzionato, conforme alla volontà e alle preferenze della persona, dopo aver acquisito il parere di un organismo indipendente o, quando ci sia l'urgenza di procedere, sulla base di una *second opinion*.

⁴³ F. CEMBRANI, D. DE LEO, *La Corte costituzionale e la modernizzazione della capacità di prendere una decisione: mito o realtà?*, in *Corti supreme e salute*, 2025, 1.

⁴⁴ D. KOSLOSKI, M. HUTCHINSON, J. HURLEY et Al., *The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review*, in *BMC Med Educ*, 2017 Dec(15); 17(1):255.

⁴⁵ Corte costituzionale, sent. n. 50 del 2022.



La valutazione delle specifiche condizioni di salute della persona, quando c'è l'esigenza di verificare la contemporanea presenza dei 4 requisiti sostanziali oggi fissati dalla giurisprudenza costituzionale, non è così mai un'operazione di semplicissima validazione e le difficoltà si accentuano e si radicalizzano nell'ipotesi in cui la loro verifica venisse affidata a un organismo tecnico (la Commissione multidisciplinare permanente) sì indipendente ma che non conosce la persona, che non è mai intervenuto nella sua presa in carico e che dialoga con lei per la prima volta interrompendo quella continuità necessaria a far sì

“[...] che l'accesso al suicidio assistito avvenga nell'ambito di una seria assistenza medica” per “prevenire il pericolo di abusi a danno delle persone deboli e vulnerabili, perché in situazioni di fragilità e sofferenza la scelta di porre fine alla propria vita potrebbe essere indotta o sollecitata da terze persone, per le ragioni più diverse”⁴⁶.

Non solo con la “concreta messa a disposizione di un percorso di cure palliative” che ancora risulta insufficiente soprattutto nelle Regioni del sud ma garantendo “adeguate forme di sostegno sociale, di assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare continuativa”, ivi compresa la messa “a disposizione delle persone con malattie inguaribili di tutti gli strumenti tecnologici e informatici che permettano loro di superare l'isolamento e ampliare la possibilità di comunicazione e interazione con gli altri” e il prendersi realmente e concretamente carico

“di coloro che, nelle famiglie o all'interno delle relazioni affettive, assistono i pazienti in situazioni particolarmente difficile e per lunghi periodi” perché “la presenza o meno di queste forme di assistenza condiziona la scelta della persona malata e può costituire lo spartiacque tra la scelta di vita e la richiesta di morire”.

Prendere sulle spalle il peso delle persone più fragili e vulnerabili è, in questa prospettiva, un compito specifico e non più eludibile del Servizio sanitario nazionale che deve finalmente farsi carico di tutta la traiettoria della cronicità e non solo della sua parte finale: un accompagnamento esteso e complessivo ancorché graduale e una presa in carico effettiva che deve saper guardare a tutti gli orizzonti di bisogno espressi dalla persona e dalla sua famiglia. Anche di quelli che si esprimono nella fase terminale della vita dove è necessaria la verifica delle condizioni che aprono la porta al suicidio medicalmente assistito e

⁴⁶ Corte cost., sent. n. 66 del 2025.



le sue modalità di esecuzione nel rispetto di quel doveroso ruolo di garanzia che è, innanzitutto, presidio delle persone più fragili. Se questa è la prospettiva generale, poco appropriata risulta essere la scelta fatta dalla legge regionale toscana di interrompere la catena della presa in carico con l'inserimento, a fine corsa, di una Commissione multidisciplinare costituita da sei diverse professionalità, di volta in volta integrata da un medico specialista nella patologia da cui è affetta la persona che richiede l'accesso al suicidio medicalmente assistito, che dovrebbe di regola recarsi al domicilio del paziente per poter con lo stesso interloquire e predisporre se necessario l'effettuazione di ulteriori accertamenti clinico-diagnostici per poi redigere il suo parere finale. Questa previsione, ferme restando le difficoltà organizzative, interrompe la continuità della cura e interrompe, soprattutto, le riconosciute positive opzioni⁴⁷ di quel processo previsto dall'art. 5 della legge n. 219 del 2017. La pianificazione condivisa della cura è, infatti, in queste situazioni cliniche, il concreto e non più eludibile strumento per garantire la continuità alla cura di tutte quelle persone che, per la loro particolare situazione clinica, sono affette da una malattia "cronica e invalidante caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta" che - occorre ricordarlo - è il primo dei 4 requisiti sostanziali previsti dalla giurisprudenza costituzionale per dar l'avvio alla procedura della morte medicalmente assistita. Se così è, non c'è dubbio alcuno che il piano della "seria assistenza medica" raccomandato dalla Corte costituzionale, non ha nessuna ragione di essere interrotto né sul piano della continuità né su quello della complessiva coerenza di sistema. Il che semplificherebbe, e non di poco, tutto il processo che potrebbe essere legittimamente e direttamente attivato dal team di cura della persona come atto estremo che consolida la pianificazione condivisa della cura, con il solo controllo di garanzia effettuato dal Comitato etico territoriale che non dovrebbe certo essere quello per le sperimentazioni cliniche dove le professionalità prevalenti sono quelle statistiche e matematiche a discapito di quelle bioetiche. L'auspicio è così che questa funzione sia affidata ai Comitati per la bioetica clinica, ove costituiti, in quanto organi tecnici indipendenti in grado di garantire, al loro interno, la presenza di professionalità più rispondenti a questa nuova esigenza di garanzia pubblica. Senza appesantire il processo e il suo iter con lungaggini inutili e

⁴⁷ M. BERRIO, M.E. LEVESQUE, *Advance directives: most patients don't have one, do yours*, in *Am J Nurs*, 1996; 96: 24-3.



sostanzialmente dannose: un iter che, pur non essendo cronologicamente determinabile in termini di precisione assoluta, deve naturalmente tener conto della necessità di assicurare il serio e responsabile bilanciamento tra la libertà di scelta della persona e tutti gli altri profili di responsabilità gravanti su chi ha la responsabilità di iniziare il processo e di validarlo sul piano non solo etico.

6 - Alcune brevi considerazioni di sintesi

Procedere a un primo (anche se sommario) bilancio degli effetti prodotti dalla sentenza n. 204 del 2025 della Corte costituzionale non è al momento prudente per il troppo breve lasso di tempo trascorso dal suo deposito. Fatte salve le competenze legislative concorrenti in materia di tutela della salute che l'art. 117 Cost. affida alle autonomie locali, l'effetto finale della sentenza qui in commento è che la legge regionale n. 16 approvata dalla Regione toscana il 14 marzo 2025 dovrà essere sottoposta a un completo *restyling* nonostante l'effetto immediato prodotto dalla decisione di incostituzionalità e che, senza alcuna ombra di dubbio, analoga sorte toccherà alla analoga legge approvata dalla Regione Sardegna, anch'essa impugnata dal Presidente del Consiglio dei Ministri. Per quelle proposte di legge calendarizzate nei lavori d'aula delle autonomie locali, come in Provincia autonoma di Trento, c'è ancora lo spazio e il tempo per procedere a emendare il testo per non incorrere nei vizi di illegittimità costituzionale già rilevati dalla Corte e, non certo in subordine, per migliorare l'articolato.

In questa direzione è auspicabile che le scelte politiche siano oculate e che esse vadano soprattutto a garantire la continuità tra la presa in carico della persona e la verifica delle condizioni che le consentono di essere aiutata a morire con l'aiuto del medico. L'esigenza è che l'insieme di tutto il processo ricada comunque nell'alveo della responsabilità del Servizio sanitario nazionale avendo la Corte costituzionale dato il via libera all'opzione che consentirà di disciplinare le problematiche del fine-vita anche per il tramite delle competenze concorrenti affidate alle Regioni e alle Province autonome. Che lo potranno così fare in via sussidiaria rispetto alla norma statale e, in sua carenza, nel rispetto dei principi fissati dalla giurisprudenza costituzionale, senza però trascurare il potenziamento di tutti i livelli dell'assistenza dedicata alla cronicità potenziando e valorizzando quella "relazione di cura e di fiducia"



richiamata, non certo a caso, dall'art. 1, secondo comma, della legge n. 219 del 2017. Se non si rinforzerà la serietà dell'assistenza medica a cui si è ripetutamente richiamato il Giudice costituzionale il rischio di indebolimento dei significati e dei valori di riferimento sarà, purtroppo, molto concreto.

Fabio Cembrani

f.cembrani@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-6214-6557>

Università degli Studi di Verona – <https://ror.org/039bp8j42>



Licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)