SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO: POSSIBILITÀ TECNICA O DIRITTO DELL'INDIVIDUO?
RIFLESSIONI CRITICHE SU INTERVENTISMO DELLA CORTE COSTITUZIONALE, INERZIA DEL LEGISLATORE NAZIONALE E FUGHE IN AVANTI DEI LEGISLATORI REGIONALI [*]

di Francesco Paterniti[**]

Sommario. 1. I confini incerti del fine vita tra scienza, tecnica e diritto. – 2. Il rilievo del tempo nelle procedure di fine vita: una questione non meramente procedurale. – 3. Il percorso di suicidio medicalmente assistito di fronte alla metamorfosi della facoltà di aiutare in un obbligo di assistenza, ovvero la (impropria) genesi di un diritto per mano del legislatore regionale. – 4. Sui connotati giuridici di un (presunto) diritto di difficile configurabilità. – 5. La dubbia competenza legislativa regionale nella cornice del principio di eguaglianza (riferito agli atti di disposizione del proprio corpo). – 6. Il problematico intervento regionale che, nell'ambito di una (poco convincente) potestà legislativa concorrente, trae origine da una legislazione di principio inesistente e (impropriamente) ricavata in via giurisprudenziale. – 7. La necessità di un intervento legislativo statale volto a tutelare la vita, anche e soprattutto in situazioni di difficoltà, prima che a regolamentare le procedure di accesso al suicidio. – 8. Il problematico inquadramento delle procedure di suicidio medicalmente assistito rispetto al perimetro dei livelli essenziali di assistenza. – 9. L'inerzia del legislatore (statale) e la dubbia configurabilità di una giurisprudenza costituzionale decidente anche a scapito del legislatore (regionale).

1. I confini incerti del fine vita tra scienza, tecnica e diritto. Nell'attuale contesto storico, caratterizzato da progressi scientifici e tecnologici senza precedenti, l'essere umano dispone di strumenti sempre più sofisticati che consentono, tanto di incrementare significativamente l'aspettativa di vita, allungando la durata media dell'esistenza, quanto di rendere possibile, in alcune situazioni, il mantenimento – prolungato e potenzialmente indefinito – delle funzioni vitali, anche in condizioni estreme come lo stato vegetativo.
Gli sviluppi cui si fa cenno pongono, in maniera ineludibile, domande radicali sul significato stesso della vita[1] e della morte, sulla soglia che le separa e su ciò che rende l'esistenza "umana" in senso pieno. Le accennate trasformazioni tecnologiche, infatti, contaminano anche il piano

[*] *Sottoposto a referaggio.*
[**] Professore associato di diritto costituzionale e pubblico – Università degli Studi di Catania.
[1] Imprescindibile, in argomento, il contributo di I. Nicotra, *Vita e sistema dei valori nella Costituzione*, Milano, 1997. Tra gli studi che, più di recente, si sono soffermati su tali questioni, cfr. P. Bilancia, *La vita come valore fondamentale e principio costituzionale*, in *Dirittifondamentali.it*, 2, 2025, 70 ss.

etico e culturale, inducendo a interrogarsi sulla legittimità e sui limiti dell'autodeterminazione individuale: se cioè ogni persona possa rivendicare il diritto di stabilire autonomamente il momento e le modalità della propria morte, fondando tale scelta sulle proprie convinzioni esistenziali e morali, e se questa decisione estrema – eventualmente realizzabile tramite un atto suicidario, accompagnato da adeguato supporto medico – possa essere considerata l'ultimo e più radicale esercizio della libertà personale e, quindi, quale diritto individuale[2].

Il tema appena accennato, a ben vedere, pare potersi collocare nell'ambito più ampio e generale del concetto di salute, che, per come oggi delineato, tanto nell'ordinamento italiano quanto nel contesto internazionale, appare il risultato dell'evoluzione di fonti normative, interne e sovranazionali, nonché di interventi e interpretazioni giurisprudenziali.

Sul piano strettamente nazionale, prendendo le mosse dall'art. 32 Cost., la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (l. n. 833/1978) riconosce la tutela della salute quale diritto fondamentale dell'individuo nonché interesse della collettività. La salute viene dunque concepita non solo come un bene strettamente individuale, ma anche come un valore sociale. In tale prospettiva le garanzie da apprestare per la salvaguardia di tale bene devono necessariamente tentare di dar corpo ai principi di universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso ai servizi sanitari, che l'ordinamento prepone alla tutela della stessa. Nel senso accennato, dunque, è evidente il collegamento tra salute e prestazioni sanitarie. Tale per cui l'erogazione di queste ultime appare condizione necessaria, sebbene non sempre sufficiente, per la tutela della salute.

L'impostazione appena richiamata si collega anche alla ben nota definizione in argomento fornita dall'OMS, secondo cui la salute non coincide solo con la mera assenza di malattia, ma consiste in uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale[3].

Il dato che se ne ricava permette così di comprendere come, oltre i parametri biologici e clinici, il concetto di salute necessita, per essere appieno definito e compreso, di tenere in adeguata considerazione anche il vissuto individuale e la sfera sociale dell'essere umano. Nessuna dicotomia, quindi, tra elementi corporei e psicologici, così come tra la dimensione individuale e quella sociale.

La prospettiva che ne deriva si riflette sulla necessità di ampliare il raggio d'azione della tutela della salute, assumendo quindi rilievo l'importanza non solo della prevenzione e della cura, ma anche della qualità della vita e delle condizioni ambientali e sociali che complessivamente incidono sullo stato di benessere.

La giurisprudenza costituzionale ha nel tempo consolidato la cornice fin qui tratteggiata, sottolineando la natura di diritto fondamentale e inviolabile del diritto alla salute[4]. Nel senso accennato, la Corte ha affermato che lo Stato è tenuto a garantire a tutti prestazioni sanitarie essenziali e uniformi (LEA), senza discriminazioni territoriali[5], e che la tutela del diritto alla salute comporta obblighi positivi, come l'organizzazione di un sistema sanitario efficiente ed effettivo[6].

Il dato con il quale oggigiorno si è quindi chiamati a confrontarsi è quello per il quale la salute deve essere intesa come bene integrato e multidimensionale[7], che richiede un approccio

---

[2] A.R. Vitale, *La morte assistita e i trattamenti di sostegno vitale come problemi biogiuridici tra il nominalismo della Corte costituzionale e l'ontologia della realtà (giuridica)*, in *Consulta Online*, III, 2024, 1076.

[3] In tal senso si pone la ben nota Costituzione dell'OMS del 1946, laddove in apertura del documento si legge: «*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*».

[4] In tal senso, la ben nota sent. n. 88/1979.

[5] Sent. n. 509/2000 e n. 252/2001.

[6] Sent. n. 218/1994.

[7] Evidenzia al riguardo P. Bilancia, *La vita come valore fondamentale e principio costituzionale*, cit., 75, che «se un tempo, infatti, l'articolo 32 Cost. era interpretato esclusivamente nel senso per cui l'individuo è titolare di un diritto a

globale e solidale: non un concetto statico di mera assenza di malattia, ma una condizione di pieno benessere che lo Stato deve promuovere e tutelare.
Il diritto alla salute, inteso come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, è però oggigiorno chiamato a confrontarsi, con particolare complessità, con tensioni nuove e crescenti che, sempre più spesso, prendono forma in aspettative volte a legalizzare le pratiche di fine vita e, in modo particolare, il suicidio medicalmente assistito.
A sostegno delle menzionate pretese si pone la considerazione per la quale, se è vero che la salute deve essere intesa come benessere psico-fisico e sociale, da garantire a tutti anche attraverso cure adeguate ed eque, la sua essenza deve probabilmente includere la qualità della vita e la dimensione soggettiva del benessere. Cosicché, allorché un individuo si trovi in condizioni di sofferenza, grave, irreversibile e insopportabile, gli elementi poc'anzi accennati si intrecciano, fino al punto di potenziale collisione, con il rilievo dell'autodeterminazione personale. In tal modo sollevando interrogativi sul rapporto tra il diritto apicale e fondamentale alla vita, il diritto alla salute e il (presunto) diritto a poter volontariamente giungere alla morte che, nei termini accennati, da più parti viene oggi rivendicato.
La giurisprudenza costituzionale, come è ben noto, con un filone giurisprudenziale inaugurato a partire dall'ord. n. 207/2018 e dalla successiva sent. n. 242/2019, ha stabilito che non è punibile chi aiuta una persona a porre fine alla propria vita se sussistono precise condizioni di malattia grave e irreversibile, che causa insopportabili sofferenze fisiche e psicologiche, dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e piena consapevolezza della scelta.
In un certo senso, quindi, si potrebbe pensare che la Corte abbia così riconosciuto che, in determinate circostanze, la prosecuzione delle cure non realizzi ma, tutt'al contrario, comprometta la salute intesa come dignità e benessere complessivo della persona.
A ben vedere, però, senza voler per il momento entrare nel merito delle menzionate decisioni e delle plurime implicazioni che le stesse portano con sé, ciò che pare emergere quasi intuitivamente è la difficoltà concettuale di ricondurre il suicidio medicalmente assistito, quindi la volontaria interruzione dell'esistenza, al concetto di salute ed alle prospettive di tutela della stessa. Ciò perché, anche intuitivamente, l'idea di salute rimanda alla conservazione della vita e – nei limiti del possibile – al suo miglioramento.
A fronte di ciò, tuttavia, non può essere ignorato come la menzionata definizione di salute, quale stato di completo benessere, può legittimamente suscitare perplessità laddove ci si trovi di fronte alla possibilità di un prolungamento della sopravvivenza biologica in condizioni di sofferenza insostenibile e irreversibile. Situazione limite, in presenza della quale può farsi strada un dubbio circa la compatibilità di siffatta condizione con quel medesimo diritto alla salute fin qui richiamato.
Nei termini accennati si articola oggi un ampio dibattito, non solo giuridico ma anche etico e politico, che riguarda i contorni ed i confini delle pratiche di suicidio medicalmente assistito.
In assenza di una legge organica sul fine vita, tuttavia, rimane aperto il dilemma se le prospettive inerenti la tutela della salute debbano soffermarsi unicamente sulla integrità della vita biologica, oppure se, nel tentativo di prendere in considerazione anche la dignità e la libera autodeterminazione della persona, possano spingersi fino a comprendere anche la scelta di interrompere la stessa vita.
I dubbi appena espressi, come è ben noto, negli ultimi anni hanno acquisito specifica rilevanza a seguito dei plurimi interventi giurisprudenziali con i quali la Corte costituzionale

mantenersi in salute e alla possibilità di recuperare la propria salute nel momento in cui essa dovesse essere compromessa, esso si "sfrangia" invece, oggi, in una pluralità di posizioni soggettive di vantaggio estremamente eterogenee che vanno a presidiare la dignità umana nelle varie fasi dell'esistenza e, soprattutto, nei momenti di maggiore vulnerabilità per la persona e per la sua vita».

ha ripetutamente avuto modo di confrontarsi con il tema del fine vita. Tale per cui, a partire dalla menzionata sent. n. 242/2019, la Corte ha precisato che occorre oggi tener conto di alcune peculiari situazioni, inimmaginabili allorché venne elaborato l'art. 580 c.p. nonché frutto di rilevanti progressi nella medicina e nella tecnica, che inducono ad avanzare perplessità circa l'indiscriminata estensione della menzionata fattispecie punitiva volta a sanzionare l'ipotesi di aiuto al suicidio[8].

La Corte costituzionale ha così riconosciuto la non punibilità dell'aiuto al suicidio in presenza di determinate, specifiche e stringenti condizioni, tracciando una cornice entro cui la condotta presa in considerazione dalla norma penale può essere considerata lecita, o per meglio dire non punibile. Al contempo, però, la Consulta ha sollecitato un intervento legislativo che, valorizzando il principio di autodeterminazione individuale, possa definire puntualmente le procedure e le garanzie di tutela da riconoscere all'apicale diritto alla vita.

La giurisprudenza costituzionale formatasi in materia di fine vita, nei termini appena accennati, non consente di attribuire al principio di autodeterminazione terapeutica un valore assoluto e autosufficiente, tale da fondare, di per sé solo, una libertà incondizionata di scelta circa il proprio morire. Al contrario, essa ribadisce come tale principio debba necessariamente confrontarsi con una serie di limiti oggettivi, individuati in particolare nella gravità della patologia e nella condizione di dipendenza del paziente da trattamenti di sostegno vitale[9]. Ne deriva che l'autonomia decisionale del soggetto, pur centrale, non può essere esercitata in modo del tutto svincolato dal contesto clinico concreto, ma deve collocarsi entro un perimetro rigorosamente delimitato, che riflette il tentativo dell'ordinamento (o, per meglio dire, della giurisprudenza costituzionale) di bilanciare libertà individuale e tutela della vita.

Ciò nondimeno, questa impostazione non è esente da critiche. Parte della dottrina ha infatti osservato come, tanto nella giurisprudenza costituzionale quanto nella disciplina legislativa – in particolare nella l. n. 219/2017, recante *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento* – si riscontri una tendenza ad assimilare, senza adeguata distinzione, i trattamenti terapeutici propriamente detti e i trattamenti di sostegno vitale. Una simile equiparazione, operata sul piano terminologico e concettuale, rischierebbe però di appiattire realtà profondamente diverse, dalle quali derivano conseguenze giuridiche non coincidenti. In questa prospettiva, si è parlato di un approccio eccessivamente nominalistico, incapace di cogliere le specificità sia della dimensione clinica che di quella giuridica. Ciò perché, mentre i trattamenti terapeutici sono finalizzati alla cura o al miglioramento della condizione patologica, quelli di sostegno vitale rispondono a una logica differente, essendo diretti a garantire il mantenimento delle funzioni essenziali dell'organismo. Confondere i due piani significherebbe, pertanto, alterare i presupposti su cui si fondano le scelte normative in materia di fine vita[10].

A tali criticità si aggiunge un ulteriore elemento di complessità derivante dall'evoluzione più recente della giurisprudenza costituzionale. Se, infatti, nella sent. n. 242/2019 il riferimento

---

[8] P. Veronesi, *A primissima lettura: se cambia, come cambia e se può ulteriormente cambiare il "fine vita" in Italia dopo la sentenza n. 135 del 2024*, in in *Biodiritto.org* (ora anche in *BioLaw Journal*, 3, 2024), 3.

[9] C.D. Leotta, *L'aiuto al suicidio del malato tenuto in vita da un trattamento di sostegno vitale: l'art. 580 c.p. torna davanti alla Corte costituzionale*, in *Consulta Online*, II, 2024, 717.

[10] Osserva, in tal senso, A.R. Vitale, *La morte assistita e i trattamenti di sostegno vitale come problemi biogiuridici tra il nominalismo della Corte costituzionale e l'ontologia della realtà (giuridica)*, cit., 1091, che «nel momento in cui la Corte costituzionale, come del resto il legislatore che ha confezionato una simile estensione concettuale nel comma 5 dell'articolo 1 della legge 219/2017, accetta senza effettuare la dovuta distinzione ontologica – fonte di diversi esiti giuridici – l'equiparazione tra trattamenti terapeutici e trattamenti di sostegno vitale, ritenendo i secondi sospendibili come se fossero identificabili nei primi, inciampa in una forma di autoreferenziale nominalismo che non tiene conto né della realtà clinica, né, tanto meno, di quella giuridica».

al «sostegno vitale» era prevalentemente inteso in senso tecnico, come dipendenza da dispositivi o macchinari medicali, la successiva sent. n. 135/2024 ha significativamente ampliato tale nozione. In quest'ultima pronuncia, infatti, la Corte ha riconosciuto che il concetto di sostegno vitale può comprendere anche l'assistenza continuativa prestata da altre persone, quando essa risulti indispensabile per il soddisfacimento delle funzioni vitali del soggetto. In tal modo, la dipendenza non è più limitata alla dimensione tecnologica, ma viene estesa a una condizione di totale eteronomia nella gestione della vita quotidiana, nella quale l'intervento umano si configura come elemento imprescindibile per la sopravvivenza. Questa reinterpretazione comporta conseguenze rilevanti: la condizione di dipendenza da terzi viene equiparata, sul piano giuridico, alla dipendenza da trattamenti medicali realizzati per il tramite di appositi macchinari, divenendo così uno dei presupposti che possono legittimare – su richiesta dell'interessato e nel rispetto delle altre condizioni – l'accesso alla procedura di suicidio assistito.

Una simile evoluzione appare destinata a incidere profondamente sia sulla cultura giuridica che sulla pratica medica, ampliando l'ambito applicativo delle ipotesi considerate dalla Corte. Al tempo stesso, essa solleva interrogativi non trascurabili, in quanto contribuisce a ridefinire – in senso più esteso e meno rigidamente ancorato a parametri oggettivi – le situazioni suscettibili di essere qualificate come incompatibili con una vita ritenuta dignitosa. Ne deriva la necessità di una riflessione ulteriore, volta a valutare con cautela i criteri attraverso cui tali condizioni vengono individuate, al fine di evitare derive interpretative che possano incidere in modo eccessivamente ampio su un ambito tanto delicato[11].

A distanza di anni e di ripetuti interventi della Consulta, tuttavia, il legislatore statale non ha ancora colmato il vuoto normativo che interessa tale materia. Cosicché, in tempi recenti, alcune Regioni hanno avviato specifiche iniziative al riguardo. In particolare, la Toscana e la Sardegna hanno deciso di intervenire con proprie normative[12], suscitando non pochi interrogativi nonché un ulteriore intervento della Consulta avente ad oggetto la legge regionale toscana, al quale, a breve, dovrebbe seguirne un altro in ragione dell'analoga impugnazione che ha riguardato anche la legge regionale sarda.

Il quadro di insieme che si può oggigiorno ricavare, a ben vedere, sembra tutt'altro che chiaro. I plurimi interventi in argomento da parte della Corte costituzionale, che come accennato non appaiono ancora conclusi, non sembrano infatti avere sciolto i molti dubbi riferibili alla materia ed alle recenti normative regionali rispetto al tema legato alla ammissibilità delle pratiche di fine vita.

---

[11] Approfondisce tali riflessioni A. Pirni, *Equilibrio senza equilibrismi. Intorno al Dialogo sul suicidio medicalmente assistito*, in C. Caporale, L. Palazzani (a cura di), *Dialogo sul suicidio medicalmente assistito*, Roma, 2024, 97-98, nota n. 2, laddove osserva che «il riferimento al "sostegno vitale" era nella Sentenza n. 242/2019 precisato come sostegno svolto da un macchinario medicale. Con la Sentenza n. 135/2024 il significato di tale espressione viene interpretato e precisato in una forma destinata a divenire di riferimento per la cultura giuridica e la pratica medica italiana e internazionale. In particolare, la Corte estende il significato del sostantivo al "sostegno" svolto da parte di terze persone a supporto del singolo soggetto. Più specificamente, si intende qui il sostegno che si configura nella quotidianità in una forma di fatto possibilizzante in forma esclusiva il soddisfacimento di ogni funzione vitale per il soggetto medesimo. Tale totale dipendenza nei confronti di terze persone, viene sancito con il più recente pronunciamento della Corte, si configura del pari come dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e, in quanto tale, può costituire fondamento di legittimazione, dietro esplicita richiesta da parte dell'interessato, di avvio della procedura di suicidio assistito. Tale sentenza giunge sicuramente a innovare la determinazione di vita non degna, in forme che ancora attendono di essere approfondite e che certo ampliano tale qualificazione e la relativa, cauta valutazione che deve legittimarne le possibili iniziative conseguenti da parte del singolo soggetto».

[12] In tal senso, si registra, dapprima la legge reg. Toscana 14 marzo 2025 n. 16, a cui ha poco dopo ha fatto seguito la legge reg. Sardegna 18 settembre 2025 n. 26.

2. Il rilievo del tempo nelle procedure di fine vita: una questione non meramente procedurale. Il tema del fine vita, come sopra accennato, rappresenta uno dei nodi più delicati nel confronto tra diritto, etica e medicina.

In assenza di una normativa statale in materia, la recente approvazione da parte della Regione Toscana della legge regionale n. 16/2025[13] a cui ha fatto seguito la Regione Sardegna con la legge regionale n. 26/2025[14], costituiscono un primo tentativo di normare, sia pur in ambito regionale, le modalità attraverso cui una persona possa accedere in modo regolamentato alla procedura del suicidio medicalmente assistito, nei casi al momento stabiliti dalla sola giurisprudenza costituzionale. Mancando una legge nazionale, Toscana e Sardegna si pongono così come apripista, esponendosi al contempo anche a numerose criticità sotto il profilo della correttezza costituzionale del loro intervento.

La menzionata legge regionale toscana, in particolare, nel suo preambolo specifica di voler porre una normativa che si soffermi sui tempi e le procedure di ciò che ha formato oggetto delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024 in materia di suicidio medicalmente assistito. Ciò perché, come affermato dal legislatore regionale, «i tempi e le procedure rappresentano, infatti, elementi fondamentali affinché la facoltà riconosciuta dalla Corte costituzionale sia efficacemente fruibile, accedendo a condizioni di malattia, sofferenza ed estrema urgenza».

Analogamente, anche la legge regionale sarda indica all'art. 1, tra le finalità della normativa, l'obiettivo di definire tempi e modalità organizzative per l'erogazione dei trattamenti inerenti i percorsi di suicidio medicalmente assistito, in conformità ai principi stabiliti dalla Corte costituzionale.

Gli interventi legislativi regionali, dunque, pongono in evidenza il fatto che la definizione delle tempistiche possa essere ricondotta ad una funzione strettamente attuativa che, nel rispetto dei principi desumibili dalla giurisprudenza costituzionale intervenuta in materia, deve poter essere esercitata dalla regione nella cornice di quel titolo di potestà legislativa concorrente relativo alla «tutela della salute».

I passaggi normativi appena riportati, tuttavia, pur volendo fungere da premessa o comunque da proclamazione di intenti rispetto alle questioni strettamente procedurali che le leggi affermano di voler disciplinare, nella realtà pongono all'attenzione dell'interprete una questione quanto mai significativa, foriera di implicazioni ben più ampie della mera attuazione procedurale di un principio.

La determinazione di un tempo ritenuto necessario, o anche solo adeguato, per consentire un aiuto lecito all'individuo che intenda porre termine alla propria esistenza pare invero elemento di estremo rilievo, che per ciò stesso suscita perplessità laddove rimesso al discrezionale intervento disaggregato di istituzioni territorialmente decentrate[15]. Prima ancora di soffermarsi sul merito delle scelte compiute dai legislatori regionali, infatti, appare chiaro come la questione in oggetto coinvolga evidenti esigenze di eguaglianza che solo una regolamentazione uniforme potrebbe essere in grado di garantire ad ogni persona, indipendentemente dalle proprie condizioni sociali, economiche o territoriali.

Nel senso accennato, dunque, l'omogeneità del trattamento sembra assumere carattere essenziale in ragione del fatto che la questione sottesa coinvolge una scelta tanto delicata quanto dagli esiti irreversibili. Tale per cui, un presidio normativo di matrice territorialmente

---

[13] Intitolata *Disposizioni organizzative per l'assistenza medicalizzata al suicidio*.

[14] Intitolata *Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019*.

[15] S. Piccotti, *La legge della Regione Toscana sul suicidio medicalmente assistito*, in *Oss. Cost.*, 5, 2025, 15.

circoscritta porterebbe con sé il rischio di generare profonde diseguaglianze, lasciando che i tempi, le modalità e, in definitiva, le effettive condizioni del servizio che si andrebbe ad erogare possano tradursi in evidenti disparità.
La tensione tra uniformità nazionale e pluralismo regionale appare dunque evidente. Al riguardo, invero, allorché con la sent. n. 204/2025 ha avuto modo di prendere in esame la recente legge regionale toscana, la Corte costituzionale, ribadendo che il suicidio medicalmente assistito deve essere inquadrato quale eccezione rispetto al regime di punibilità previsto dall'art. 580 c.p., ha escluso che la menzionata disciplina regionale determini disparità in materia penale, affermando che l'area di non punibilità è già uniforme in tutto il territorio nazionale in forza della precedente giurisprudenza costituzionale intervenuta in materia. A fronte di ciò, tuttavia, è innegabile che l'esistenza di una disciplina regionale dettagliata, contrapposta all'assenza di analoghe discipline in altre Regioni, produca una differenziazione nell'accessibilità effettiva alla procedura. In ragione di ciò desta perplessità il ragionamento seguito dalla Corte poiché, riducendo la questione ad un piano meramente formale relativo all'uniformità dell'area di non punibilità, pare trascurare il dato sostanziale dell'eguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari, che pure incide su diritti fondamentali.

Le perplessità appena evidenziata appaiono ulteriormente amplificate dalla sent. n. 204/2025 nella parte in cui la Corte ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 2 della legge regionale toscana per violazione della competenza esclusiva statale in materia di ordinamento civile e penale, ravvisando una indebita "novazione delle fonti", poiché «alla regione è (…) 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». Nei detti termini, la Corte sostiene che il richiamo regionale alle proprie sentenze avrebbe l'effetto di irrigidire indebitamente, in una fonte substatale, requisiti che attengono all'area di non punibilità dell'art. 580 cod. pen., sottraendoli alla fisiologica evoluzione legislativa o giurisprudenziale.
L'argomento appena riportato, però, presenta un'ambivalenza evidente: da un lato, si riconosce che la Regione può disciplinare organizzativamente l'attuazione delle condizioni fissate dalla Corte; dall'altro, si afferma che però non può nemmeno riprodurle in via di rinvio. Tale per cui la distinzione tra attuazione organizzativa e recepimento normativo dei presupposti sostanziali appare, in concreto, estremamente sottile e di difficile gestione applicativa, con il rischio di generare incertezza proprio su ciò che la legge regionale intendeva rendere più certo.
Il necessario coinvolgimento dello Stato, dunque, pare rinvenire la sua ragione in primo luogo nel dovere costituzionale di assicurare l'eguaglianza dei cittadini di fronte alla legge, in modo particolare laddove dalla stessa dipenda la concretizzazione di diritti di rilievo costituzionale. A ciò si aggiunga la necessità di bilanciare diritti fondamentali potenzialmente in tensione tra loro. Nel caso in questione, infatti, da un lato si pone la libertà individuale e l'autodeterminazione, che, se finora si è spinta fino al punto di riconoscere il diritto a rifiutare trattamenti sanitari (l. n. 219/2017), oggigiorno viene ulteriormente amplificata da alcune interpretazioni fino ad avallare la pretesa di decidere in piena ed esclusiva autonomia della propria morte. A fronte di ciò, tuttavia, non pare però trascurabile il rilievo del fondamentale diritto alla vita, che lo Stato è chiamato a tutelare come valore apicale della convivenza civile. Nei termini accennati appare evidente come qualsivoglia decisione che incida su tempi e modi della morte, sia pur volontariamente richiesta, non possa essere ridotta a mero aspetto procedurale di un protocollo sanitario. Tale per cui, per dirla con autorevole dottrina, «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 e propria accezione»[16]. Essa rappresenta infatti un momento cruciale nella definizione delle condizioni di accesso a una pratica grave e irreversibile. Fissare un periodo minimo di riflessione, comprensivo della definizione dei tempi e dei modi utili a manifestare un eventuale ripensamento sopravvenuto, o al contrario riconoscere un'urgenza immediata in casi di sofferenze insopportabili, impone al legislatore di confrontarsi con le delicate questioni sottese al necessario equilibrio normativo che deve essere trovato tra tutela dall'abuso e rispetto della volontà personale. In questo senso, sembra che solo lo Stato, quale garante dei diritti fondamentali, possa farsi carico di siffatta regolamentazione, evitando che l'attuazione di tali scelte sia frammentaria e disomogenea.

La questione che qui interessa, a ben vedere, si intreccia in maniera evidente anche con il rapporto sussistente tra autonomia individuale e responsabilità collettiva. Ciò perché, checché se ne dica, la morte non è mai un fatto esclusivamente privato, poiché incide sul tessuto relazionale – e financo simbolico – della società. L'interesse della collettività, riconosciuto dalla Costituzione rispetto al tema della salute, non può che persistere – se non addirittura amplificarsi – ove entri in gioco il confine dell'esistenza[17], indipendentemente dal fatto che lo si raggiunga e oltrepassi per cause naturali o per volontaria decisione individuale. Riconoscere l'imprescindibile ruolo dello Stato nella determinazione dei tempi necessari significa quindi ammettere che, pur nel rispetto della libertà personale, la collettività è tutt'altro che disinteressata rispetto alla necessità, tanto di porre un regime di tutele per i soggetti più deboli, quanto di stabilire regole comuni per garantire la dignità e l'uguaglianza di tutti, anche di fronte alla morte.

Il tempo, nel senso fin qui accennato, assume dunque una dimensione essenziale. Concedere un margine di riflessione e maturazione – e, non di meno, di possibile revisione o ripensamento – in una decisione che incide in maniera significativa e irreversibile sul percorso terreno di ogni individuo risponde all'esigenza di salvaguardare la persona da scelte dettate da impulsi momentanei o da condizioni contingenti di disperazione, pur rispettando, al termine di un percorso regolato, la sua volontà autentica e ponderata.

Nei termini accennati, il necessario intervento statale, lungi dal poter essere inteso quale ingerenza impropria od oppressiva, appare come una forma di cura istituzionale, volta a garantire che la libertà individuale si esprima nella massima consapevolezza possibile e senza discriminazioni.

Tale per cui, in conclusione, non sembrerebbe oltremodo azzardato ritenere che la decisione sui tempi della procedura volta ad inverare le richieste di aiuto al suicidio assistito non possa che appartenere allo Stato, poiché si colloca al crocevia tra diritti fondamentali, principi costituzionali e valori etici universali. Solo così appare possibile garantire una cornice di uguaglianza, dignità e responsabilità che protegga tanto l'autonomia del singolo quanto la coerenza della comunità umana e giuridica nel suo insieme.

3. Il percorso di suicidio medicalmente assistito di fronte alla metamorfosi della facoltà di aiutare in un obbligo di assistenza, ovvero la (impropria) genesi di un diritto per mano del legislatore regionale. La questione fin qui presa in considerazione, a ben vedere, assume un rilievo che va oltre la posizione giuridica dei soggetti coinvolti, andando a riguardare – complessivamente – anche la legittimazione normativa del legislatore. Con ciò

[16] In tal senso, 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 cost. n. 204 del 2025)*, in *Consulta online*, I, 2026, I. L'A, a tale riguardo, muovendo dalla premessa sopra riportato, afferma conseguentemente come appaia «pertanto assai problematica l'apertura alle discipline regionali».

[17] In argomento, cfr. F. Bertolini, *Il principio personalista nelle situazioni di fine vita*, in *Federalismi.it*, 14, 2022, 195 ss.

volendo alludere al dubbio relativo alla possibilità di riconoscere (o meno) uno spazio di intervento normativo nella materia in oggetto anche in capo al legislatore regionale.
L'impostazione seguita dalle Regioni Toscana e Sardegna presuppone, in modo più o meno esplicito, che l'assistenza al suicidio costituisca una prestazione riconducibile all'ambito della "tutela della salute" e, dunque, trattandosi di competenza legislativa concorrente, suscettibile di essere organizzata e garantita dal servizio sanitario[18].
Al riguardo, con la recente sent. n. 204/2025, la Corte sembrerebbe accogliere, almeno in linea generale, l'assunto per cui l'intervento regionale[19] si limiterebbe a regolare l'attività delle aziende sanitarie locali nell'ambito di un procedimento già delineato, nei suoi tratti essenziali, dalle precedenti pronunce sul suicidio medicalmente assistito.
Tuttavia, questa impostazione tende a sottovalutare la dimensione sostanziale dell'intervento regionale: l'organizzazione della procedura, la fissazione di termini, la strutturazione di organi ad hoc e la formalizzazione di protocolli incidono inevitabilmente sull'effettività e sulla concreta fruibilità dell'accesso alla pratica, con ricadute dirette sul contenuto del diritto all'autodeterminazione terapeutica. La linea di confine tra disciplina organizzativa e disciplina sostanziale appare, in tal senso, più porosa di quanto la Corte lasci intendere.
Ulteriormente ragionando, elemento di interesse della menzionata legislazione regionale è legato al fatto che la stessa dichiara di volersi porre in linea con gli interventi della Corte costituzionale in materia. La rivendicata legittimazione dell'intervento regionale, tuttavia, pare entrare in tensione con lo stesso orientamento della Corte costituzionale, che – a partire dalla sent. n. 242 del 2019 – non ha mai configurato un vero e proprio diritto soggettivo all'assistenza al suicidio, ma ha piuttosto individuato una area di non punibilità in presenza di determinate condizioni, lasciando sullo sfondo una mera facoltà di intervento medico.
Prestando attenzione a tale giurisprudenza, in particolare, assume rilievo la definizione utilizzata dal legislatore toscano che inquadra quale "facoltà" il riconoscimento operato dalla Corte costituzionale in materia di suicidio medicalmente assistito e, di conseguenza, della procedura regolamentata dallo strumento normativo regionale.
Come è ben noto, infatti, la facoltà indica una situazione giuridica soggettiva che consente di tenere un determinato comportamento consentito da una norma (o non più vietato, ai sensi dell'art. 580 c.p. per come risultante dopo la sent. n. 242/2019[20]). Di tal ché, in assenza di una prescrizione normativa che vieti un comportamento si ha appunto la facoltà di tenerlo.
Nel caso di specie, come accennato, l'assistenza (medica) nel percorso suicidiario viene descritta come una facoltà del soggetto agente. Costui, quindi, ove deciderà di prestare la propria attività di assistenza in siffatta procedura, non andrà incontro a responsabilità penale.
In linea con quanto fin qui considerato, ambedue le menzionate leggi regionali, nel porre la disciplina relativa al supporto tecnico e farmacologico nonché all'assistenza sanitaria per la preparazione all'autosomministrazione del farmaco letale autorizzato, precisano che «l'assistenza è prestata dal personale sanitario su base volontaria»[21]. In tal modo ribadendo la volontarietà dell'azione (la facoltà, per l'appunto) di chi si rende disponibile a prestare ausilio nella pratica del suicidio assistito.

[18] Sulla riconducibilità di siffatta disciplina all'ambito competenziale della "tutela della salute", di cui all'art. 117, co. 3, Cost., *ex multis*, cfr. L. Busatta, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, in *Oss. Cost.*, 3, 2024, 182; S. Piccotti, *La legge della Regione Toscana sul suicidio medicalmente assistito*, cit., 8.
[19] Nel caso preso in esame dalla Corte si tratta della legge reg. Toscana n. 16/2025.
[20] Al riguardo, cfr. M. Esposito, *"Morte a credito": riflessioni critiche sul c.d. diritto al suicidio assistito*, in *Federalismi.it*, 14, 2024, 83 ss., ad avviso del quale l'intervento della Corte costituzionale sulla disposizione penale trasforma l'art. 580 c.p. da norma punitiva in previsione complessa, avente in parte funzione facoltizzante.
[21] In tal senso, tanto l'art. 7 della legge reg. Toscana n. 16/2025 che l'art. 5 della legge reg. Sardegna n. 26/2025.

Il quadro delineato dalle suddette normative, quindi, parrebbe descrivere la facoltà su base volontaria di inverare un percorso di assistenza medica al suicidio.
A fronte di quanto detto, tuttavia, il contesto concretamente ricavabile dal dettato normativo regionale sembrerebbe però concretizzare una fattispecie ben differente da quella che si vorrebbe (o, forse, dovrebbe) realizzare. Le menzionate normative regionali, infatti, ove analizzate nel complesso dell'intervento regolatorio, sembrano dar corpo ad una sorta di diritto personale di rilievo costituzionale: il (presunto) diritto a richiedere e ricevere aiuto nel suicidio medicalmente assistito. Ciò perché nelle leggi regionali, la prestazione di aiuto al suicidio, sebbene venga formalmente qualificata come facoltà rispetto all'intervento dei singoli operatori sanitari, viene invece di fatto delineata come obbligatoria per la struttura sanitaria.

Il dato fin qui preso in considerazione è quindi poco chiaro e tutt'altro che convincente. L'indirizzo manifestato dalla Consulta e formalmente recepito dal legislatore regionale, infatti, spinge a ritenere che ci si trovi di fronte solo ad una possibile prestazione personale che, essendo facoltativa e dunque non doverosa, potrebbe anche non essere erogata in caso di legittima indisponibilità del personale sanitario competente. Onde per cui, ove si volesse diversamente inquadrare l'aiuto al suicidio come un diritto dell'individuo (che si trova nelle condizioni descritte dalla Corte) apparirebbe problematico riconoscere tale (presunto) diritto a fronte del dato formalmente dichiarato dalle leggi regionali circa la mera volontarietà dell'intervento dei medici che dovranno erogare il servizio[22].
La questione appena richiamata a ben vedere non è di poco conto, dato che, prendendo le mosse dalla ben nota sent. n. 242/2019, la Corte non ha esplicitamente sancito alcun obbligo rispetto ai vari passaggi della procedura di aiuto al suicidio[23] e, al contempo, non ha configurato l'assistenza medica al suicidio come un diritto del richiedente, neanche qualora soddisfi tutti i requisiti posti dalla Corte stessa[24]. A tale riguardo è chiara la posizione espressa con la sent. n. 242/2019, allorché ebbe ad affermare che «la declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici». Da ciò derivando all'evidenza l'impossibilità di configurare un obbligo di prestazione sanitaria.
A fronte di quanto osservato, tuttavia, non può trascurarsi il fatto che, qualora si ritenesse che la struttura sanitaria sia tenuta a garantire il supporto necessario nella fase esecutiva del suicidio medicalmente assistito, da ciò discenderebbe, in capo al richiedente, una corrispondente posizione giuridica attiva. Tale per cui, una volta che il procedimento pubblico di verifica delle condizioni e delle modalità si sia concluso con esito favorevole, il paziente potrebbe avanzare una pretesa nei confronti dell'organizzazione sanitaria affinché tale assistenza venga effettivamente erogata.
Una simile configurazione finirebbe per attribuire al soggetto una sorta di diritto a ottenere l'aiuto al suicidio; diritto che tuttavia la sent. n. 242/2019 ha espressamente escluso di voler riconoscere e che, pertanto, non può ritenersi implicitamente ricavabile da essa. Né varrebbe a escludere tale qualificazione la previsione, peraltro ovvia, secondo cui il personale sanitario partecipa su base volontaria. Infatti, il rapporto giuridico rilevante si instaura tra il paziente e l'ente sanitario nel suo complesso, e non con il singolo medico, con la conseguenza che la volontarietà della prestazione individuale non inciderebbe sulla configurabilità della posizione del richiedente in termini di diritto soggettivo.

---

[22] In argomento, cfr. A. Scalera, *La legge della Regione Toscana sul fine-vita. Note a prima lettura*, in *Giustiziainsieme.it*, 2025, 11; M.G. Nacci, *Note critiche sulle iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, cit., 6 ss.
[23] S. Piccotti, *La legge della Regione Toscana sul suicidio medicalmente assistito*, cit., 6 ss.
[24] S. Piccotti, *op. ult. cit.*,18.

Se così è, il passaggio da facoltà di intervenire a prestazione dovuta non è neutro: esso implica una trasformazione qualitativa della posizione giuridica del paziente e, specularmente, un obbligo in capo alle strutture sanitarie. Ma proprio questo salto non può essere compiuto dal legislatore regionale. La competenza concorrente in materia di tutela della salute consente infatti alle Regioni di organizzare ed erogare prestazioni sanitarie già riconosciute dall'ordinamento come diritti, non di crearne di nuove in assenza di una base legislativa statale. In altri termini, se l'assistenza al suicidio resta, nel diritto vivente, una facoltà e non un diritto esigibile, manca il presupposto stesso perché essa possa essere presa in carico dal servizio sanitario regionale come livello di prestazione da garantire. Nei detti termini, la facoltà di aiutare il proposito suicidiario altrui, riconosciuta dalla giurisprudenza costituzionale, pone più di un dubbio sulla possibilità di riconoscere una possibilità regolatoria alla normativa regionale.

Ne deriva che l'intervento regionale, nel momento in cui pretende di disciplinare in dettaglio procedure che si traducono in un obbligo di erogazione, eccede l'ambito organizzativo e incide sul contenuto dei diritti fondamentali, ambito riservato alla legge statale. In assenza di un riconoscimento legislativo del diritto all'assistenza al suicidio, la Regione finisce così per colmare un vuoto che, secondo l'impostazione della stessa Corte costituzionale, non può essere riempito in via autonoma, ma richiede un intervento del legislatore statale[25].

In ciò appare evidente il vizio insito alle citate leggi regionali che, andando oltre il dato offerto dalla Corte (sent. n. 242/2019), hanno di fatto configurato l'assistenza medica al suicidio come un obbligo per le strutture sanitarie[26], pur lasciano liberi i singoli operatori sanitari di poter prestare o meno la propria opera. Dall'obbligo in questione deriva per conseguenza il diritto del paziente di esigere la prestazione.

L'introduzione di siffatta fattispecie di obbligo/diritto di assistenza incide così in maniera significativa sulla natura ed il regime della situazione giuridica del paziente-richiedente nel disporre del proprio corpo ai sensi dell'art. 5 c.c. Per di più, tale fattispecie di obbligo/diritto prima degli interventi regionali in questione era del tutto priva di disciplina, sia normativa che

[25] Condivisibili riflessioni, al riguardo, vengono proposte da M.G. Nacci, *Note critiche sulle iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, in *Il Piem. delle Aut.*, 1, 2024, 8 ss.

[26] In argomento, cfr. V. Zagrebelsky, *Il suicidio medicalmente assistito nei LEA (livelli essenziali di assistenza)*, in *Bioetica*, 1, 2023, 33, il quale A., soffermandosi sulla giurisprudenza costituzionale intervenuta in argomento, asserisce che «la restrizione rappresentata dal rinvio esclusivo all'opera del Servizio Sanitario Nazionale (…) impone al SSN il dovere di organizzare e fornire il servizio necessario alla realizzazione (nei casi definiti dalla Corte costituzionale) dell'aiuto al suicidio». Tale per cui, conclude lo stesso A., «È chiaro che l'esclusività della competenza implica il dovere di corrispondere alla richiesta del servizio». Di diversa natura, invece, sono in argomento le riflessioni di M.G. Nacci, *Note critiche sulle iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, cit., 7-8, ad avviso della quale «la Corte lungi dal porre obblighi di esecuzione, di fornitura di mezzi materiali per realizzare l'assistenza al suicidio, si limita a prevedere solo oneri di verifica delle condizioni del paziente e delle modalità di esecuzione dell'aiuto al suicidio, modalità di esecuzione che non sono, invece, messe a carico del SSN. La Consulta ha disegnato una procedura, una sequenza di operazioni destinate allo scopo di legalizzare l'aiuto al suicidio in casi determinati, ed ha attribuito all'Amministrazione sanitaria il compito di accertare la sussistenza delle condizioni che consentono la non punibilità dell'agevolatore, senza fare mai alcun riferimento ad obblighi dell'amministrazione stessa in relazione all'atto autonomo terminale». Riflessioni, queste ultime, che trovano ulteriore conferma nel ragionamento proposto da B. Magro, *Il fine vita e il legislatore benpensante, Il punto di vista dei penalisti*, in *Giustiziainsieme.it*, 2021, 9, laddove si osserva che il «diritto alla salute, proprio per la sua peculiare conformazione e anche nella sua forma di libertà negativa dalla cura, passa attraverso la necessaria intermediazione dell'attività prestata dall'Amministrazione sanitaria» mentre «diversamente, il diritto di libertà a autodeterminare la propria morte non si atteggia a diritto a prestazioni sociali, non impone alcuna prestazione positiva da parte dell'amministrazione sanitaria, né in capo a terzi privati né a soggetti pubblici. Al diritto ad autodeterminare la propria morte non corrisponde alcun dovere a supportare materialmente e solidaristicamente tale decisione, che perciò rimane affidata alla cooperazione spontanea».

giurisprudenziale (non essendo stata contemplata neanche dalla Corte[27]).
Il legislatore regionale, dunque, definendo la procedura in siffatta maniera si è spinto ben oltre i profili meramente organizzativi riconducibili alla normativa di dettaglio che gli compete nell'ambito della potestà concorrente relativa alla «tutela della salute».
Vengono così a delinearsi, per mano del legislatore regionale, i contorni di un vero e proprio diritto soggettivo di prestazione. L'introduzione di siffatto diritto soggettivo, in grado di incidere così significativamente su un diritto fondamentale, quale è quello alla vita, rende evidente però che tramite la sua regolamentazione il legislatore sia andato ben oltre la definizione della disciplina attuativa di sua competenza, delineando in maniera fortemente innovativa i principi generali della disciplina relativa agli atti dispositivi del proprio corpo (art. 5 c.c.) e, in definitiva, del diritto alla vita[28].

Ove si volesse ricondurre la questione oggetto di attenzione all'accennato ambito competenziale, infatti, le prestazioni utili a incarnare le molteplici sfaccettature della fattispecie in questione dovrebbero essere funzionali a dare forma ad un diritto fondamentale – ed in quanto tale esigibile e tutelabile – qual è quello alla salute. Diversamente, la mera facoltà di cui trattasi, sembrerebbe suggerire il fatto che la questione, pur gravitando nell'orbita generale dei temi legati alla salute, possa e debba trovare un differente ambito competenziale di riferimento.
Gli elementi fin qui emersi, dunque, consentendo di appurare il fatto che l'assistenza sanitaria alle pratiche suicidiarie deve correttamente essere declinata in termini di facoltà di chi sceglie di agire, lascerebbero pensare che il tema di fondo di siffatta questione non possa che rimanere nel contesto dei limiti alla responsabilità penale di coloro i quali, liberamente e senza alcun obbligo, decidano di aiutare il proposito suicidiario altrui. Ragione per la quale, ove si volesse traslare la questione dal contesto della limitazione della responsabilità penale a quello dei diritti individuali e inviolabili, sembrerebbe all'evidenza indispensabile un differente percorso normativo da svilupparsi nell'ambito delle competenze affidate al legislatore statale.
Le perplessità fin qui evidenziate rispetto agli interventi legislativi recentemente confezionati in sede regionale appaiono confermate dall'orientamento al riguardo manifestato dalla Corte costituzionale che, già con l'ord. n. 207/2018, ha messo in luce la necessità di un intervento del legislatore nazionale, indi la competenza di quest'ultimo. La Corte, infatti, in tale occasione ebbe a sospendere momentaneamente il giudizio innanzi alla stessa pendente al fine di consentire l'attivazione in chiave normativa delle Assemblee parlamentari. A tale riguardo, in particolare, avviando una nuova modalità di dialogo con il legislatore[29], la Corte non ipotizzò – neanche in maniera ipotetica – che una soluzione normativa potesse essere individuata ed adottata in sede regionale; affermando anzi a chiare lettere che, poiché la questione del fine vita coinvolge «l'incrocio di valori di primario rilievo, il cui compiuto bilanciamento presuppone, in via diretta ed immediata, scelte che anzitutto il legislatore è

[27] Osserva al riguardo S. Piccotti, *La legge della Regione Toscana sul suicidio medicalmente assistito*, cit., 20, che la sentenza Cappato non si spinge a riconoscere un diritto soggettivo, che assume dunque tale veste solo per mano del legislatore regionale.
[28] In dottrina vi è chi rinviene il carattere di principio fondamentale nell'obbligo di offrire assistenza al suicidio e quindi nel diritto a riceverla, affermando: «come negare che il riconoscimento del diritto all'aiuto a morire sia una di quelle "scelte fondamentali o di principio" integranti i principi fondamentali della materia? Che sia una scelta non c'è veramente dubbio, se si considera che la Corte un tale diritto non lo ha riconosciuto e che la legge regionale invece lo fa. La natura "fondamentale o di principio" della stessa, poi, appare difficile da confutare, dal momento che si sta ragionando dell'esigibilità di un'assistenza nel privarsi del bene della vita, assistenza che, fuori dei casi previsti dalla sentenza della Corte, tutt'ora è considerata dall'ordinamento come un reato» (S. Piccotti, *op. loc. ult. cit.*).
[29] In argomento, se si vuole, cfr. F. Paterniti, *La Corte "pedagogista" di un legislatore colpevolmente inerte. Riflessioni critiche su una svolta problematica della recente giurisprudenza costituzionale*, in *Federalismi.it*, 34, 2020, 178 ss.

abilitato a compiere», si «reputa doveroso – in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale – consentire, nella specie, al Parlamento ogni opportuna riflessione e iniziativa». L'affermazione in questione, dunque, nel ritagliare al solo legislatore nazionale il compito regolatorio[30], porta con sé come conseguenza l'impossibilità di collocare la materia in oggetto nell'alveo della "tutela della salute", di cui all'art. 117, co. 3, Cost. Diversamente, in ragione di quanto osservato, sembra possibile cogliere un implicito ma ben visibile riconoscimento della riconducibilità della stessa materia ai temi inerenti l'ordinamento civile o la legislazione penale, ambedue ambiti di esclusiva competenza statale[31].

4. Sui connotati giuridici di un (presunto) diritto di difficile configurabilità. Appurato che, fino ad oggi, la definizione della questione giuridica oggetto di interesse è legata al ruolo prevalente e determinante giocato dalla giurisprudenza dalla Corte costituzionale, appare opportuno evidenziare come la Corte abbia fin qui ragionato sulla condotta penalmente rilevante del terzo che aiuta al suicidio, non anche – quanto meno non direttamente – sulla posizione del soggetto che quell'aiuto richiede. Nei detti termini non pare possa assumere autonoma rilevanza un diritto (in quanto tale esigibile) dell'individuo ad essere aiutato nel suo intento suicidiario[32].

La Corte, infatti, non ha mai riconosciuto un diritto a morire, anzi ha sempre escluso siffatta rappresentazione ribadendo invece il fondamentale ed irrinunciabile diritto alla vita.

A fronte di ciò, avendo riguardo al tema legato alla presunta necessità, da più parti evidenziata, di salvaguardare al massimo il diritto alla autodeterminazione, quasi fino a volerlo intendere alla stregua di un diritto "tiranno"[33], la Corte ha invece sottolineato come "una concezione astratta dell'autonomia individuale" appare non accettabile, poiché «se l'autodeterminazione, infatti, è costretta o comunque condizionata dalle circostanze, allora non è più tale». Premessa meglio sviluppata allorché ha affermato 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, la quale "si colloca in posizione apicale nell'ambito dei diritti fondamentali della persona"»[34].

I passaggi giurisprudenziali appena ricordati consentono di mettere in chiaro come la Corte costituzionale non abbia mai inteso riconoscere una posizione giuridica soggettiva piena in capo all'aspirante suicida, ma abbia piuttosto operato un intervento mirato sul piano penalistico, delimitando uno spazio circoscritto entro il quale l'aiuto al suicidio non è punibile. Tale area di non punibilità è rigorosamente condizionata alla ricorrenza di presupposti eccezionali e ben definiti, riferiti a situazioni limite nelle quali l'intervento del terzo si inserisce

---

[30] M.G. Nacci, *Note critiche sulle iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, cit., 5; A. Candido, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni*, in *Consulta online*, III, 2024, 994 ss. e, in particolare, 1000, laddove si argomenta sulla legittimazione esclusiva del Parlamento nazionale nel regolamentare la materia richiamando i pareri rilasciati sul punto dal Comitato Nazionale per la Bioetica, tanto nel 2017 quanto nel 2023.

[31] O. Spataro, *Lo statuto giuridico del fine vita tra giurisprudenza costituzionale e legislazione regionale*, in *Dirittifondamentali.it*, 1, 2025, 239; G. Razzano, *Le proposte di leggi regionali sull'aiuto al suicidio, i rilievi dell'Avvocatura Generale dello Stato, le forzature del Tribunale di Trieste e della commissione nominata dall'azienda sanitaria*, in *Consulta Online*, I, 2024, 84. In chiave critica, invece, cfr. L. Busatta, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, in *Oss. Cost.*, 3, 2024, 182.

[32] Sul punto, cfr. B. Liberali, *Ancora sul fine della vita. Commento a Corte Costituzionale n. 135/2024*, in *Giustiziainsieme.it*, 2024, 15.

[33] F. Piergentili, A. Ruggeri, F. Vari, *Verso l'introduzione dell'eutanasia ope iudicis? (Note minime a margine di un'abnorme questione di legittimità costituzionale)*, in *Dirittifondamentali.it*, 2, 2025, 45. Per converso, osserva P. Bilancia, *La vita come valore fondamentale e principio costituzionale*, cit., 74, che «il diritto alla vita è sì fondante (provvisto di valore logico e ontologico), ma non "tiranno" né immune da valutazioni di proporzionalità e ragionevolezza».

[34] Sent. n. 66/2025.

in un percorso già autonomamente e consapevolmente determinato dal soggetto interessato. In questo senso, l'intervento della Corte si configura come una deroga puntuale al regime sanzionatorio previsto dall'art. 580 c.p., senza incidere sulla struttura generale della fattispecie incriminatrice.

In tale prospettiva, non è possibile ricavare dalla giurisprudenza costituzionale un riconoscimento di un diritto al suicidio in senso proprio. Piuttosto, essa valorizza il principio di autodeterminazione del paziente, già affermato nell'ambito delle scelte terapeutiche, estendendone la portata fino a ricomprendere anche decisioni volte a porre fine a condizioni di sofferenza ritenute intollerabili[35]. Tuttavia, questa estensione non trasforma la libertà individuale in una pretesa giuridicamente esigibile nei confronti di terzi o dell'ordinamento[36], ma resta confinata nell'ambito delle scelte personali non penalmente sanzionabili in presenza delle condizioni indicate.

Coerentemente con tale impostazione, parte della dottrina ha evidenziato come l'assistenza nell'altrui suicidio continui a rientrare, in via generale, nell'alveo delle condotte penalmente rilevanti ai sensi dell'art. 580 c.p., permanendo in tal senso l'esplicito divieto dell'ordinamento. A fronte di ciò, la giurisprudenza costituzionale introduce soltanto una limitata eccezione a tale divieto, circoscritta a ipotesi tassative[37].

La non punibilità non equivale a liceità piena, né tantomeno alla configurazione di un diritto soggettivo, ma rappresenta una scelta di bilanciamento tra valori costituzionali operata in relazione a situazioni eccezionali e rigorosamente delimitate.

In continuità con quanto osservato, dubbi significativi sono stati espressi circa la possibilità di qualificare l'esenzione di responsabilità delineata dalla sent. n. 242/2019 come una vera e propria scriminante. Al riguardo, in particolare, è stato evidenziato come, nel modello tipico delle cosiddette «scriminanti procedurali», il corretto svolgimento di un procedimento conduce generalmente all'adozione di un atto che attribuisce a terzi specifici poteri e doveri, rendendo così effettiva e pienamente esigibile la posizione giuridica riconosciuta. Un simile schema, tuttavia, non sembra riprodursi nell'ambito dell'aiuto al suicidio. Ciò perché, anche laddove risultino soddisfatte tutte le condizioni sostanziali e procedurali individuate dalla Corte, non deriva alcun obbligo giuridico, né per il medico né per altri soggetti, di prestare assistenza al paziente nel porre fine alla propria vita. Tale per cui, la procedura delineata dalla Corte non sfocia nella costituzione di un rapporto giuridico caratterizzato da pretese e obblighi reciproci, ma si limita a creare un ambito entro il quale una determinata condotta – l'agevolazione del suicidio – non è più penalmente sanzionata. In questa prospettiva, l'istituto appare difficilmente riconducibile alla categoria delle scriminanti in senso proprio, potendosi

---

[35] Osserva al riguardo O. Spataro, *Lo statuto giuridico del fine vita tra giurisprudenza costituzionale e legislazione regionale*, cit., 241, che «lungi dal configurarsi un vero e proprio diritto al suicidio, la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie comprende anche quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze».

[36] Evidenzia in argomento T. Spasari, *Autonomia regionale e riserva di legge statale nella disciplina del fine vita: riflessioni alla luce della sentenza n. 204 del 2025*, in *Consulta online*, I, 2026, 279, come la Corte costituzionale, intervenendo a più riprese sul tema in oggetto, abbia negato l'esistenza di una libertà di natura positiva atta a legittimare atti dispositivi della propria vita.

[37] Posizione che trova conferma nelle riflessioni di F. Piergentili, A. Ruggeri, F. Vari, *Verso l'introduzione dell'eutanasia ope iudicis? (Note minime a margine di un'abnorme questione di legittimità costituzionale)*, cit., 41, laddove è stato evidenziato che «il suicidio assistito non è un diritto, ma permane un reato ex art. 580 c.p., essendo prevista una sola circoscritta area di non punibilità per ipotesi tassativamente individuate». Chiarendo ulteriormente, in tal senso, che «si è giustamente affermato che "l'uomo può suicidarsi, esercitando un potere di fatto sul proprio corpo; può determinare il peggioramento o impedire il miglioramento delle sue condizioni di salute, non curandosi"; tuttavia si tratta non della "espressione di un diritto, bensì di mere facoltà di fatto": è, infatti, "la cura a essere un diritto, mentre il rifiuto della cura è un fatto del quale i sanitari devono prendere atto"» (F. Piergentili, A. Ruggeri , F. Vari, *op. ult. cit.*, 46).

semmai avvicinare a una causa di non punibilità in senso stretto, se non addirittura a una forma di scusante. Ciò in quanto l'effetto principale della disciplina non è quello di rendere lecita la condotta, bensì di escluderne la punibilità in presenza di circostanze eccezionali, lasciando invariata la struttura di fondo del divieto penale[38].

In posizione nettamente contrapposta, un diverso orientamento dottrinale ha posto l'accento sul legame strutturale tra il diritto a rifiutare i trattamenti sanitari – riconosciuto espressamente dall'ordinamento, anche alla luce della l. n. 219/2017 – e la possibilità di accedere al suicidio medicalmente assistito. Secondo tale impostazione, la seconda fattispecie non costituirebbe un fenomeno autonomo e isolato, bensì si configurerebbe come uno sviluppo coerente e logicamente conseguente della prima. Se, infatti, il legislatore riconosce al paziente il diritto di interrompere terapie anche salvavita, accettando le conseguenze che ne derivano, risulterebbe difficilmente giustificabile negare natura analoga anche alla richiesta di un'assistenza che consenta di porre fine a sofferenze insostenibili nelle condizioni delineate dalla Corte.

A sostegno di questa ricostruzione si richiama il fatto che la stessa Corte costituzionale abbia più volte evidenziato il parallelismo tra le due situazioni, sottolineando come entrambe si inscrivano nell'alveo del principio di autodeterminazione terapeutica. Da ciò si inferisce che, se il rifiuto delle cure integra un diritto fondamentale, anche la richiesta di aiuto al suicidio – almeno nei casi rigorosamente delimitati – dovrebbe essere qualificata in termini analoghi, rappresentandone una naturale estensione. In questa prospettiva, la previsione della possibilità per il personale sanitario di sollevare obiezione di coscienza assumerebbe un significato ulteriore: essa presupporrebbe, infatti, l'esistenza di un dovere giuridico in capo all'organizzazione sanitaria, dal quale il singolo operatore è eccezionalmente autorizzato a sottrarsi.

Alla luce di tali considerazioni, ad avviso della menzionata dottrina apparirebbe riduttivo ricondurre l'intera fattispecie nell'ambito di una mera causa di non punibilità. Ciò perché tale qualificazione coglierebbe solo uno degli effetti della disciplina, senza esaurirne la portata, che andrebbe invece letta in connessione con l'esercizio di una posizione soggettiva più ampia, sebbene delineata entro confini particolarmente rigorosi e tuttora oggetto di dibattito[39].

---

[38] In tal senso, cfr. C.D. Leotta, *L'aiuto al suicidio del malato tenuto in vita da un trattamento di sostegno vitale: l'art. 580 c.p. torna davanti alla Corte costituzionale*, cit., 702. L'A. al riguardo osserva che «se, infatti, in via generale, nel "meccanismo" della scriminante procedurale l'esito positivo della procedura "sfocia in un provvedimento che costituisce doveri-poteri in capo a terzi, così assicurando al diritto una piena attuazione giuridica", ciò certamente non avviene in materia di aiuto al suicidio poiché dall'avveramento delle condizioni sostanziali e procedurali individuate dalla Corte non discende il potere-dovere, in capo al medico né in capo a qualsivoglia altro soggetto, di aiutare il malato a morire». Di tal ché, «posto, dunque, che il corretto espletamento della procedura introdotta dalla sentenza n. 242 genera (non un potere-dovere, bensì) uno spazio di libertà entro cui è inibita la pena per l'agevolazione dell'altrui suicidio, l'ipotesi di non punibilità in questione sembra doversi qualificare, più che come una scriminante (procedurale), come causa di non punibilità in senso stretto (o, al più, come scusante)».

[39] In tal senso, cfr. P. Veronesi, *A primissima lettura: se cambia, come cambia e se può ulteriormente cambiare il "fine vita" in Italia dopo la sentenza n. 135 del 2024*, in *Biodiritto.org* (ora anche in *BioLaw Journal*, 3,2024), cit., 11, laddove l'A. afferma che «non sono affatto rari i passaggi della decisione in cui la Corte sottolinea con forza – come già nel 2019 – l'appena descritto parallelismo tra il diritto di rifiutare terapie essenziali e la richiesta di essere aiutati a morire (in presenza delle condizioni stabilite). Se il primo è dunque – oggettivamente – un diritto fondamentale, tale dev'essere anche il secondo, costituendo una sorta di sua naturale "propaggine". Una conclusione suffragata dalla prevista possibilità che il personale medico opponga un'obiezione di coscienza, inspiegabile in assenza di un autentico dovere (al quale, dunque, l'ordinamento consente "graziosamente" di sottrarsi). Riduttivo pare perciò costringere queste prerogative entro le pareti di una causa di non punibilità, come sostenuto da molti:

Con riferimento al rapporto tra la disciplina sul consenso informato e il suicidio medicalmente assistito, quale delineato dalla l. n. 219/2017 e richiamato anche dalla Corte costituzionale, non sembrerebbe azzardato sostenere come dall'assenza di un obbligo giuridico di sottoporsi a cure non possa automaticamente derivare l'esistenza di un diritto opposto, consistente nella pretesa di ottenere la morte. In altri termini, il fatto che l'ordinamento non imponga coercitivamente di vivere o di curarsi non implica che esso riconosca un potere giuridico di determinare attivamente la propria fine, ancor di più ove siffatto risultato richieda il necessario coinvolgimento di altri soggetti o di specifiche strutture. Ciò perché, a ben vedere, non pare che l'incoercibilità dell'esistenza possa tradursi in una legittimazione a esigere un intervento finalizzato a provocare o comunque a facilitare o accelerare la morte[40].

Tali perplessità risultano ulteriormente rafforzate se si considera la profonda differenza strutturale tra il diritto di rifiutare trattamenti sanitari e la richiesta di assistenza al suicidio. Nel primo caso, infatti, il paziente esercita una libertà negativa, consistente nel sottrarsi a un intervento medico ritenuto sproporzionato, inutile o comunque non voluto. Nel secondo caso, invece, egli richiede un comportamento attivo da parte di terzi, diretto a rendere possibile l'evento morte. Questa distinzione non è meramente formale, ma incide sulla stessa qualificazione etico-giuridica delle due fattispecie. Situazione ben colta da chi ha osservato che il paziente, quando decide di interrompere cure gravose o invasive, non persegue come fine immediato la morte, bensì accetta consapevolmente il limite della propria condizione esistenziale. Tale per cui, a ben vedere, «non si tratta (…) di rifiuto della vita, ma di accettazione del suo limite»[41].

In una prospettiva personalista che non tralasci il supremo valore della vita, la scelta di rifiutare le cure è considerata lecita proprio perché non esprime un rifiuto della vita in quanto tale, ma piuttosto la rinuncia a trattamenti percepiti come sproporzionati rispetto alla dignità della persona, pur nella consapevolezza che da ciò possa derivare il decesso.

Spostando l'attenzione sul rapporto tra diritto alla vita e autodeterminazione individuale, la giurisprudenza costituzionale ha progressivamente chiarito che non è più sostenibile una concezione assoluta e indisponibile della vita umana, intesa come bene integralmente sottratto alla sfera decisionale del singolo. Tuttavia, ciò non comporta l'eliminazione di ogni forma di tutela nei confronti di scelte autodistruttive. Al contrario, la Corte ha ritenuto necessario mantenere una sorta di "barriera protettiva", volta a prevenire decisioni maturate in condizioni di fragilità, sofferenza o vulnerabilità, al fine di garantire che l'autodeterminazione non si trasformi in abbandono del soggetto da parte dell'ordinamento. Tale impostazione risponde all'esigenza di proteggere, in particolare, coloro che si trovano in situazioni di estrema difficoltà, evitando che la libertà di scelta si traduca in una pressione implicita verso soluzioni irreversibili[42].

In questa prospettiva, ogni eventuale apertura alla generale legalizzazione di pratiche di suicidio assistito o addirittura di eutanasia sembrerebbe, a prima vista, poter essere letta come un ampliamento degli spazi riconosciuti all'autonomia individuale, consentendo al soggetto

essa certamente sussiste, ma solo in quanto agganciata all'esercizio di un diritto pur non poco cesellato nei suoi contorni».

[40] Ragione per la quale, come evidenziato da M. Esposito, *"Morte a credito": riflessioni critiche sul c.d. diritto al suicidio assistito*, cit., 105, «non sussiste, dunque, attualmente un dovere di curarsi, come pretesa giuridicamente esigibile, ma ciò non si converte in un preteso diritto di morire: l'incoercibilità del vivere non può essere fondamento di un diritto di determinare la fine della propria vita».

[41] G. Razzano, *Fine vita e Costituzione italiana*, in *Stud. Catt*., 12,2024, 15.

[42] A. Ridolfi, *Il fine vita tra giurisprudenza costituzionale e perdurante inerzia del legislatore (osservazioni a C. cost., sent. n. 135 del 2024)*, in *Nomos. Le attualità nel diritto*, 3,2024, 7.

di incidere in modo sempre più diretto sulle decisioni riguardanti la propria esistenza. Tuttavia, tale ampliamento non è privo di rischi: esso può esporre a derive che l'ordinamento è chiamato a prevenire, in adempimento del dovere di tutela della vita umana sancito dall'art. 2 Cost. Ne deriva la necessità di un bilanciamento particolarmente delicato tra libertà individuale e protezione della persona, che costituisce uno dei nodi più complessi del dibattito contemporaneo[43].

Alla luce di tali coordinate, la Corte costituzionale ha chiarito di non aver riconosciuto un diritto generalizzato a ottenere la morte, neppure nei confronti di pazienti affetti da patologie irreversibili e sottoposti a sofferenze ritenute intollerabili, pur in presenza di piena capacità decisionale. L'intervento della Corte si è invece limitato a individuare una specifica ipotesi in cui risulta irragionevole impedire l'accesso al suicidio assistito: quella dei pazienti che si trovano già nella condizione di poter porre fine alla propria vita mediante il rifiuto di trattamenti sanitari indispensabili alla sopravvivenza, facoltà loro riconosciuta dalla l. n. 219/2017 in attuazione dell'art. 32, co. 2, Cost.

La ratio della decisione risiede dunque nell'esigenza di evitare una disparità di trattamento tra situazioni che presentano un nucleo comune, ossia la possibilità, già riconosciuta dall'ordinamento, di lasciarsi morire attraverso l'interruzione delle cure. A conferma della menzionata impostazione, tale logica non è estensibile a soggetti che non dipendono da trattamenti di sostegno vitale: costoro, infatti, non dispongono di un analogo percorso giuridicamente legittimo per giungere alla morte e, pertanto, si trovano in una condizione differente sotto il profilo normativo.

Di conseguenza, secondo la Corte, le due situazioni non sono sovrapponibili e giustificano una disciplina distinta, senza che ciò integri una violazione del principio di eguaglianza di cui all'art. 3 Cost. La diversità di trattamento trova infatti fondamento in una differenza oggettiva tra le fattispecie considerate, che impedisce di estendere automaticamente le medesime soluzioni normative a contesti non equivalenti[44].

5. La dubbia competenza legislativa regionale nella cornice del principio di eguaglianza (riferito agli atti di disposizione del proprio corpo). Senza tralasciare le perplessità fin qui riportate, un ulteriore e non meno significativo elemento depone a favore della riconduzione della materia oggetto di attenzione alla competenza esclusiva dello Stato. Si tratta dell'esigenza di garantire un trattamento uniforme su tutto il territorio nazionale in un ambito particolarmente sensibile come quello del fine vita. Ciò perché, in effetti, appare difficilmente contestabile l'idea secondo cui una disciplina riguardante decisioni così radicali e irreversibili non possa essere frammentata su base territoriale ma richieda invece una

[43] A. Ridolfi, *op. ult. cit.*, 8.

[44] Evidenzia al riguardo P. Veronesi, *A primissima lettura: se cambia, come cambia e se può ulteriormente cambiare il "fine vita" in Italia dopo la sentenza n. 135 del 2024*, cit., 11, che «la Corte non ha infatti riconosciuto un generale diritto di interrompere la propria vita in capo al paziente che sperimenti una sofferenza intollerabile causata da una patologia irreversibile, allorché egli sia del tutto capace di comprendere il proprio stato e perfettamente consapevole delle conseguenze delle proprie decisioni. Essa ha invece, più limitatamente, "ritenuto irragionevole precludere l'accesso al suicidio assistito di pazienti che – versando in quelle condizioni, e mantenendo intatte le proprie capacità decisionali – già abbiano il diritto, loro riconosciuto dalla legge n. 219 del 2017 in conformità all'art. 32, comma 2, Cost., di decidere di porre fine alla propria vita, rifiutando il trattamento necessario ad assicurarne la sopravvivenza". E "una simile ratio, all'evidenza, non si estende a pazienti che non dipendano da trattamenti di sostegno vitale, i quali non hanno (o non hanno ancora) la possibilità di lasciarsi morire semplicemente rifiutando le cure". Agli occhi della Corte, le due situazioni poste a raffronto non sono dunque equivalenti e giustificano, perciò, una diversa disciplina di dettaglio: la Consulta esclude quindi che vi sia una violazione dell'art. 3 Cost., sotto il profilo dell'eguaglianza e della ragionevolezza».

regolazione omogenea, fondata su criteri condivisi e validi per l'intera collettività[45].
Questa esigenza si ricollega direttamente al principio di eguaglianza, che, in un settore come quello in esame, può dirsi effettivamente rispettato solo se assicura condizioni di accesso identiche a tutti i soggetti che si trovino nelle medesime circostanze previste dall'ordinamento. Una sua applicazione differenziata a livello regionale finirebbe, al contrario, per svuotarne il contenuto sostanziale. L'eguaglianza, infatti, non tollera forme di attuazione parziali o territorialmente limitate, poiché queste si tradurrebbero, in ultima analisi, in una negazione del principio stesso, creando disparità ingiustificate tra cittadini appartenenti a diverse aree geografiche del Paese[46].
L'aspettativa di eguaglianza regolatoria, immanente alla materia oggetto di attenzione, trova ulteriore riscontro laddove si prenda in considerazione la disciplina codicistica relativa agli atti di disposizione del proprio corpo, e in particolare all'art. 5 c.c.[47]. Tale disposizione, nel porre limiti alla disponibilità del corpo umano – vietando atti che comportino una diminuzione permanente dell'integrità fisica o che risultino contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume – esprime una scelta di fondo dell'ordinamento che si caratterizza per la sua generalità e uniformità. Proprio per questa ragione, appare problematico ipotizzare che una materia così strettamente connessa alla disponibilità del corpo e ai suoi limiti possa essere disciplinata in modo difforme da una Regione all'altra. L'eventuale configurazione di un sistema in cui la possibilità di ottenere assistenza al suicidio sia concretamente accessibile solo in alcune realtà territoriali, restando altrove preclusa, determinerebbe una evidente disparità di trattamento. Siffatta differenziazione territoriale inciderebbe direttamente sulla disciplina degli atti di disposizione del proprio corpo, introducendo una regolazione frammentata e disomogenea. Da ciò derivando non solo una violazione del principio di eguaglianza, ma anche un contrasto con il riparto costituzionale delle competenze, in particolare con quanto previsto dall'art. 117, co. 2, lett. l), Cost., che riserva allo Stato la competenza esclusiva in materia di ordinamento civile[48].
In definitiva, la frammentazione regionale di una disciplina così delicata finirebbe per compromettere tanto l'unità dell'ordinamento quanto la parità di trattamento tra i cittadini, rendendo così evidente la differente necessità di un intervento normativo statale capace di assicurare in materia coerenza e uniformità.
Tale orientamento, tra l'altro, è già stato acquisito dalla stessa Corte costituzionale che, con la sent. n. 262/2016, ha affermato che «data la sua incidenza su aspetti essenziali della identità e della integrità della persona, una normativa in tema di disposizioni di volontà relative ai trattamenti sanitari nella fase terminale della vita – al pari di quella che regola la donazione di organi e tessuti – necessita di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di eguaglianza, ratio ultima della riserva allo Stato della competenza legislativa esclusiva in materia di "ordinamento civile" disposta dalla Costituzione».

[45] In tal senso, cfr. A. Candido, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni*, cit., 995, ad avviso del quale «la disciplina di un ambito così delicato non può allora che essere caratterizzata da uniformità di trattamento a livello nazionale, per ragioni imperative di uguaglianza, escludendo conseguentemente la normazione regionale».
[46] Evidenzia al riguardo S. Piccotti, *La legge della Regione Toscana sul suicidio medicalmente assistito*, cit., 16, che «il principio di eguaglianza nelle questioni del "fine-vita" esiste solo in quanto rivolto a tutti coloro che siano nelle condizioni previste dall'ordinamento; al contrario, del principio di eguaglianza non si può accettare un'implementazione parziale, in questo caso regionale, che ne sarebbe la strutturale negazione».
[47] A. Candido, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni*, cit., 995.
[48] In argomento, infatti, è stato fatto notare come «la possibilità di esigere un aiuto a morire, ma solo nelle aziende sanitarie della Regione Toscana, mentre in tutte le altre ad oggi si può al più sperare nella buona volontà del personale sanitario di collaborare, costituisce un'evidente differenziazione su base locale della disciplina degli atti di disposizione del corpo e, dunque, un'ulteriore violazione dell'art. 117, comma 2, lett. l), Cost.» (S. Piccotti, *La legge della Regione Toscana sul suicidio medicalmente assistito*, cit., 19).

Sul punto da ultimo evidenziato, invero, non appaiono convincenti le argomentazioni recentemente sviluppate dalla Corte costituzionale, laddove, con la sent. n. 204/2025, ha ammesso la possibilità di un intervento normativo regionale poiché tale legge non si muove in una situazione di "vuoto normativo", dato che «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». Tale per cui la Corte ha ritenuto che «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».

Il menzionato passaggio della sentenza n. 204/2025, a ben vedere, sviluppa una linea argomentativa che vorrebbe ricondurre il tema del fine vita entro un perimetro già "saturato" dalla legislazione statale e dalla stessa giurisprudenza costituzionale. Tuttavia, proprio questa impostazione suscita alcune perplessità.

L'affermazione secondo cui non vi sarebbe un "vuoto normativo" appare, infatti, formalmente persuasiva ma sostanzialmente problematica. Ciò perché, se è vero che la l. n. 219/2017 disciplina il rifiuto dei trattamenti sanitari e che la sent. n. 242/2019 ha esteso i principi e la ratio di siffatta normativa al suicidio medicalmente assistito, resta discutibile che da questo intreccio normativo e giurisprudenziale derivi una regolazione davvero "puntuale" delle modalità operative.

La Corte, nei detti termini, sembra così compiere un passaggio ulteriore, trasformando una costruzione giurisprudenziale – nata per evitare esiti irragionevoli in casi concreti – in un sistema normativo già completo, quasi autosufficiente. Questa operazione rischia però di attenuare – o, forse, mascherare – la consapevolezza delle persistenti lacune applicative, soprattutto sul piano procedurale e organizzativo, che sono proprio quelle che le iniziative regionali tentano di colmare. In altre parole, la negazione del "vuoto normativo" non appare pienamente aderente alla realtà dell'esperienza giuridica.

A quanto detto dovendosi aggiungere che stabilire nel dettaglio procedure e garanzie, soprattutto in un ambito così delicato, significa inevitabilmente incidere sulla concreta fruibilità del diritto e, in definitiva, sul suo contenuto effettivo. Nei termini accennati, la pretesa neutralità "attuativa" della legge regionale rischia dunque di essere sottovalutata nella sua portata sostanziale.

Nel complesso, dunque, il ragionamento della Corte, se appare apprezzabile per il tentativo di tenere in considerazione l'esigenza di evitare frammentazioni territoriali, rivela al tempo stesso una certa tensione tra l'affermazione di un quadro normativo già compiuto e la realtà di una disciplina che, inizialmente costruita per via giurisprudenziale, quindi inevitabilmente aperta e incompleta, sconterebbe ulteriori criticità ove venisse "completata", in assenza di una normativa statale, unicamente da leggi regionali.

Rispetto a quanto fin qui evidenziato anche la recente sent. n. 132/2025 offre un dato di

particolare rilievo laddove la Corte evidenzia come il giudice a quo, nell'accertare l'inesistenza di apparecchiature idonee a somministrare il suicidio assistito nel caso preso in esame, si sia «arrestato al piano dell'azione di un ente locale di committenza, non andando oltre la presa d'atto delle semplici ricerche di mercato di una struttura operativa del Servizio sanitario regionale». Diversamente, come evidenziato dalla Corte, il caso preso in esame avrebbe richiesto «il coinvolgimento di organismi specializzati operanti, col necessario grado di autorevolezza, a livello centrale». Le affermazioni testé riportate, infatti, sembrano voler evidenziare come la particolare delicatezza di tutte le questioni inerenti al suicidio assistito necessitino di un approccio incompatibile con la localizzazione dell'analisi e dell'intervento. Considerazione che, in termini più ampi e sistematici, pare possa essere estesa anche al dato normativo, che, analogamente a quanto appena evidenziato, non sembra possa affrontare il tema del suicidio assistito tramite un mero intervento del legislatore regionale. Appare quindi indispensabile un approccio regolatorio di più ampio respiro che, al fine di garantire uniformità, deve necessariamente prendere corpo per mano del legislatore nazionale.

6. Il problematico intervento regionale che, nell'ambito di una (poco convincente) potestà legislativa concorrente, trae origine da una legislazione di principio inesistente e (impropriamente) ricavata in via giurisprudenziale. Le regioni Toscana e Sardegna, nel delineare il loro intervento regolatorio, ritengono di poter operare nell'ambito della potestà legislativa concorrente in materia di "tutela della salute", che assegna appunto agli enti regionali la possibilità di porre normative attuative di leggi cornice nazionali. A fronte di ciò, senza dimenticare le prima menzionate perplessità riferibili alla riconducibilità di siffatta legislazione al menzionato ambito competenziale, l'analisi dell'art. 1 di ambedue le leggi regionali, rubricati come *Finalità*, consente di appurare che le normative regionali, per inquadrare i principi regolatori entro i quali sviluppare le proprie normative, non fanno riferimento né richiamo ad alcuna legge statale (che, per inciso, nel caso in questione è all'evidenza inesistente), citando invece un orientamento giurisprudenziale, al quale, dichiaratamente, si prefiggono di dare attuazione.

Le perplessità appena accennate, a ben vedere, rimarrebbero inalterate anche laddove si ritenesse preferibile riportare il tema in questione non già alla competenza concorrente relativa alla "tutela della salute", quanto piuttosto alla potestà esclusiva statale in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Infatti, anche ragionando sul co. 2, lett. m), dell'art. 117 Cost., che per l'appunto riserva allo Stato la competenza assoluta su tale materia, appare evidente come nel caso in questione i detti livelli essenziali delle prestazioni non sarebbero ricavabili dalla legislazione statale quanto piuttosto dalla giurisprudenza della Corte costituzionale[49].

Questa sorta di scavalcamento della legislazione statale pare trovare ulteriori riscontri laddove le menzionate leggi regionali inquadrano le rispettive discipline in termini di cedevolezza, sia pur «invertita»[50]. Tale per cui, la legislazione toscana riconosce «la propria cedevolezza

[49] N. Castellano, *"C'è un legislatore a Firenze". Prime note a margine della legge regionale toscana sul fine vita*, in *Vocicostituzionali.org*.

[50] Favorevole a tale soluzione O. Spataro, *Lo statuto giuridico del fine vita tra giurisprudenza costituzionale e legislazione regionale*, cit., 246. Diversamente, in senso critico a siffatta tipologia di intervento, cfr. M.G. Nacci, *Note critiche sulle iniziative legislative regionali in tema di suicidio medicalmente assistito*, cit., 9, ad avviso della quale «occorre comunque sottolineare l'inconferenza del richiamo al principio della c.d. "cedevolezza invertita": in effetti, la Corte ha affermato che nelle materie di potestà concorrente il legislatore regionale può anticipare il suo intervento nell'inerzia del legislatore statale, ma non si può dimenticare che nel particolare ambito della materia concorrente della 'tutela della salute', a partire dalla sentenza n. 438/2008 in poi, il giudice delle leggi ha escluso

rispetto ad una successiva normativa statale che regoli la materia, fissandone i principi fondamentali» (preambolo, punto 8), mentre il legislatore sardo specifica che «a decorrere dall'entrata in vigore della disciplina statale in materia, le disposizioni della presente legge si applicano solo in quanto compatibili» (art. 8)[51].

Nei termini accennati appare del tutto peculiare la menzionata dinamica regolatoria che, muovendo dai principi della disciplina offerti non già dal legislatore statale ma dalla giurisprudenza costituzionale, si concretizza in un intervento legislativo del solo legislatore regionale. Quest'ultimo, però, immaginando di poter essere non in linea con una possibile e futura normativa statale, si premura di precisare la cedevolezza della propria regolamentazione.

La tecnica redazionale adottata dal legislatore regionale si rivela, al tempo stesso, particolarmente rilevante e suscettibile di rilievi critici, soprattutto se si considera che, nell'assetto costituzionale italiano, la funzione di produzione normativa e di definizione degli equilibri regolatori spetta primariamente al legislatore e non all'autorità giudiziaria, neppure quando essa si identifichi con la Corte costituzionale. In questa prospettiva, infatti, il rischio è quello di attribuire surrettiziamente al giudice (foss'anche costituzionale) un ruolo di supplenza normativa, trasformando indicazioni giurisprudenziali – per loro natura limitate e circoscritte – in veri e propri parametri regolatori di un intero settore, con possibili ricadute sul piano della separazione dei poteri e della legittimazione democratica delle scelte di fondo.

Le perplessità così evidenziate non sembrano attenuarsi neppure alla luce delle affermazioni con cui la stessa Corte ha inteso delimitare il proprio intervento. Essa ha infatti chiarito di non voler sostituirsi al legislatore nell'individuazione del punto di equilibrio tra il diritto all'autodeterminazione individuale e le esigenze, di segno opposto, di tutela della vita umana, ma di limitarsi a tracciare una soglia minima di garanzia costituzionale, al di sotto della quale l'ordinamento non può scendere. In altri termini, l'intervento della Corte si configurerebbe come una forma di tutela minima, lasciando impregiudicata la possibilità per il legislatore di adottare soluzioni più articolate e, se del caso, maggiormente orientate alla protezione di uno dei valori in gioco[52].

Tuttavia, proprio questa autolimitazione dichiarata rischia di generare un effetto paradossale: in assenza di un intervento legislativo organico, le indicazioni provenienti dalla giurisprudenza costituzionale finiscono inevitabilmente per assumere una funzione di riferimento quasi normativa, orientando in modo decisivo le scelte degli altri livelli di governo, inclusi quelli regionali. Ne deriva una situazione in cui, pur non essendo formalmente investita di un potere regolatorio pieno, la Corte esercita di fatto un'influenza significativa nella conformazione della disciplina, colmando – almeno in parte – il vuoto lasciato dal legislatore.

Questo fenomeno di "normativizzazione" della giurisprudenza costituzionale solleva interrogativi non marginali. Se, da un lato, infatti, esso appare funzionale a garantire una

– in difetto di principi fondamentali posti a livello statale – la legittimità di attività legislative regionali 'suppletive' o 'sostitutive', sicché la legge regionale che intervenga in tale situazione presenta un vizio di competenza in senso stretto ed è dichiarata illegittima perché invasiva di una riserva, per lo sconfinamento nell'area dei principi fondamentali, e dunque "per ciò che essa disciplina e non già per come disciplina il suo oggetto"».

[51] In ambedue i casi, a ben vedere, si tratta di una previsione che secondo parte della dottrina può essere definita "poco efficace" e che, per di più, «produce un effetto straniante che deriva, probabilmente, dall'inversione dell'ordine logico delle previsioni normative e dal vago riferimento alla rilevante disciplina statale» (L. Busatta, *Come dare forma alla sostanza? Il ruolo delle Regioni nella disciplina del suicidio medicalmente assistito*, cit., 178).

[52] A. Ridolfi, *Il fine vita tra giurisprudenza costituzionale e perdurante inerzia del legislatore (osservazioni a C. cost., sent. n. 135 del 2024)*, cit., 9.

tutela immediata dei diritti fondamentali in contesti caratterizzati da inerzia legislativa, dall'altro, rischia di alterare gli equilibri istituzionali, attribuendo al giudice un ruolo che eccede quello tipicamente assegnatogli dall'ordinamento.
In definitiva, la tecnica redazionale del legislatore regionale, nel recepire e sviluppare indicazioni giurisprudenziali, si colloca in questo spazio problematico, contribuendo a rendere ancora più evidente la necessità di un intervento legislativo statale capace di fornire una disciplina chiara, completa e coerente.

7. La necessità di un intervento legislativo statale volto a tutelare la vita, anche e soprattutto in situazioni di difficoltà, prima che a regolamentare le procedure di accesso al suicidio. Nei plurimi arresti che hanno contribuito a dare sostanza all'intervento di fatto regolatorio posto in essere dalla giurisprudenza costituzionale sul tema di fine vita, la Corte ha evidenziato a più riprese che spetta al legislatore, nell'ambito del significativo margine di apprezzamento che gli compete, il compito di trovare un bilanciamento tra l'autodeterminazione individuale ed il diritto alla vita, posto comunque che la prima non potrà mai incondizionatamente prevalere sul secondo, dato che dall'art. 2 Cost. «discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire»[53].
Nel quadro che viene così delineato la Corte, con la sent. n. 66/2025, sottolinea i due elementi che necessariamente devono e dovranno essere presi in considerazione, primariamente dalla auspicata normativa statale, per accedere al suicidio assistito.
In primo luogo, bisognerà «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». Condizione, questa, che necessariamente deve accompagnarsi e prendere forma tramite la messa a disposizione di un percorso di cure palliative[54], l'indispensabile coinvolgimento del Servizio sanitario nazionale[55] e la previa acquisizione del necessario parere del comitato etico territorialmente competente[56].
In secondo luogo, al fine «di contrastare derive sociali o culturali che inducano le persone malate a scelte suicide, quando invece ben potrebbero trovare ragioni per continuare a vivere» la Corte sottolinea l'irrinunciabile dovere della Repubblica di rispondere all'appello che sgorga dalla fragilità, in funzione del quale «diventa quindi cruciale garantire adeguate forme di sostegno sociale, di assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare continuativa, perché la presenza o meno di queste forme di assistenza condiziona le scelte della persona malata e può costituire lo spartiacque tra la scelta di vita e la richiesta di morte. È inoltre rilevante mettere a disposizione delle persone con malattie inguaribili tutti gli strumenti tecnologici e informatici che permettono loro di superare l'isolamento e ampliare la possibilità di comunicazione e interazione con gli altri. Al tempo stesso non può essere trascurato il

[53] Ord. n. 207/2018.
[54] Ciò perché, come chiarisce la Corte, «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».
[55] La cui utilità è «a garanzia di un disinteressato accertamento della sussistenza dei requisiti di liceità dell'accesso alla procedura di suicidio assistito».
[56] Condizione, questa, «funzionale anche alla specifica esigenza di ottenere un parere terzo in relazione alla domanda di accesso al suicidio assistito».

"prendersi cura" anche di coloro che, nelle famiglie o all'interno delle relazioni affettive, assistono i pazienti in situazioni particolarmente difficili e per lunghi periodi».
Le condizioni appena richiamate si traducono, quindi, in un rinnovato e «"stringente appello" al legislatore (…) affinché dia corso a un adeguato sviluppo delle reti di cure palliative e di una effettiva presa in carico da parte del sistema sanitario e sociosanitario, al fine di evitare un ricorso improprio al suicidio assistito».
Nei termini accennati, appare evidente come la Consulta abbia voluto sottolineare il fatto che la disciplina legislativa volta a normare le varie sfaccettature del complesso e delicato argomento del suicidio assistito debba prendere forma innanzitutto tramite l'intervento del legislatore nazionale[57], posto che – come prima evidenziato – grava sullo Stato il compito di dare corpo e forma al dovere di tutelare la vita di ogni individuo derivante dall'art. 2 Cost.

Una lettura attenta e non frammentaria della giurisprudenza costituzionale dedicata al tema del fine vita, ulteriormente, consente di mettere in chiaro come siffatta normativa non potrà limitarsi a regolamentare i soli requisiti "procedurali" per accedere al suicidio assistito, dovendo prima – e, anzi, soprattutto – occuparsi di costruire e rafforzare la rete di tutela e protezione della fragilità, affinché, a fronte delle derive sociali o culturali che possono spingere le persone malate a scelte suicide, si possano valorizzare, sostenere e rinforzare le ragioni per continuare a vivere.
Nei detti termini, dunque, ulteriori perplessità circa la legittimità dei recenti interventi legislativi regionali prima richiamati sono legati al fatto che gli stessi, soffermandosi solo sulle procedure per accedere alla morte e non anche sui percorsi di supporto alle difficoltà della vita, appaiano difformi dal modello e dalle considerazioni consegnateci dalla Corte costituzionale. La normativa regionale, infatti, sebbene richiami formalmente le finalità sottese all'orientamento assunto dalla Corte costituzionale, in realtà tradisce lo stesso e se ne discosta grandemente, per il sol fatto che la Consulta, non riconoscendo alcun "diritto" a ottenere la morte, ha invece in più passaggi ribadito il fondamentale diritto alla vita ed il conseguenziale dovere dello Stato di tutelare e proteggere tale diritto, ancor di più a fronte di soggetti deboli e sofferenti[58].
Nel quadro accennato, la lettura della recente sent. n. 204/2025 suscita perplessità rispetto alla mancata attenzione della Corte nel verificare l'effettivo soddisfacimento di quanto dalla stessa previsto e richiesto con riferimento al ruolo delle cure palliative nel percorso di accesso al suicidio medicalmente assistito.
Al riguardo, invero, le discipline introdotte dalla legge reg. Toscana n. 16/2025 e dalla legge reg. Sardegna n, 26/2025 appaiono, sotto un profilo critico, non pienamente adeguate rispetto al rilievo sostanziale che le cure palliative avevano fin qui assunto nella giurisprudenza costituzionale, in particolare alla luce della sent. n. 242/2019 e, ancor più, della sent. n. 135/2024. In tali pronunce, infatti, la Corte ebbe a chiarire che l'accesso alle cure palliative non costituisce un presupposto solamente formale o un requisito di rilievo meramente informativo, bensì una condizione sostanziale di validità della scelta del paziente, funzionale a garantire che la decisione di porre fine alla propria vita sia effettivamente libera,

[57] Al riguardo, osserva condivisibilmente O. Spataro, *Lo statuto giuridico del fine vita tra giurisprudenza costituzionale e legislazione regionale*, cit., 243, che «nell'attesa di un intervento legislativo statale che, conformando l'operato delle singole Aziende sanitarie, disciplini le forme e le condizioni di applicabilità di tutto questo, resta dunque da chiarire quali strutture debbano accertare la sussistenza delle condizioni richieste per l'aiuto al suicidio e con quale procedura; quali debbano essere le forme e le condizioni del parere del comitato etico competente per territorio; quali debbano essere le modalità attraverso cui garantire l'obiezione di coscienza del personale sanitario; come debba essere strutturato il rapporto tra la sussistenza della piena ed effettiva garanzia dell'accesso alle cure palliative e il procedimento per l'aiuto al suicidio».
[58] A. Candido, *Il "fine vita" tra Stato e Regioni*, cit., 992.

consapevole e non condizionata da sofferenze evitabili o da carenze assistenziali.
Le leggi regionali, al riguardo, sembrano invece limitarsi a recepire il requisito in questione in termini prevalentemente procedurali: da un lato, attraverso il richiamo alla necessità di informare il paziente circa l'esistenza delle cure palliative; dall'altro, mediante la previsione della presenza di un medico palliativista nella commissione valutativa. In tal modo, quindi, esse non sembrano assicurare in modo concreto l'effettiva presa in carico del paziente in un percorso palliativo. Allo stesso modo, laddove si limitano a prevedere unicamente una informazione ed eventualmente una offerta in merito alle cure palliative, le menzionate leggi non prendono in considerazione l'utilità (se non la necessità) di prevedere che le dette cura debbano essere anche adeguatamente attivate – o, comunque, tentate e sperimentate – prima di ritenere integrati i presupposti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito.

Il risultato cui giungono le legislazioni regionali, nei detti termini, determina una frizione con l'impostazione della Corte costituzionale, che invece aveva a più riprese sottolineato la necessità di una offerta reale, accessibile e concretamente fruibile delle cure palliative quale garanzia sostanziale dell'autodeterminazione.
In assenza di una disciplina più incisiva sotto questo profilo, il rischio è che il riferimento alle cure palliative si riduca a un adempimento formale, incapace di neutralizzare quelle condizioni di sofferenza o di abbandono terapeutico che la stessa giurisprudenza costituzionale aveva a più riprese affermato di voler prevenire. Da ciò derivando un conseguente indebolimento delle garanzie poste a tutela della dignità della persona nel fine vita.
Gli elementi fin qui richiamati evidenziano il rischio di uno scarto tra il modello a più riprese delineato dalla Corte – che esige un contesto assistenziale pienamente sviluppato e realmente accessibile – e quello regionale, che potrebbe limitarsi a garantire una conoscenza meramente teorica delle alternative. In questa prospettiva, le discipline regionali appaiono esposte alla critica di non aver valorizzato fino in fondo il ruolo delle cure palliative come presidio imprescindibile di tutela della dignità e dell'autodeterminazione, lasciando irrisolta la questione fondamentale della loro effettività concreta nel percorso decisionale del paziente.
Dalla lettura della sent. n. 204/2025 emerge dunque una attenzione solo marginale al tema delle cure palliative, quantomeno rispetto alla centralità che tale dimensione aveva assunto nelle precedenti pronunce del 2019 e del 2024. Se, infatti, nelle pregresse decisioni la Corte aveva progressivamente irrobustito il rilievo delle cure palliative, qualificandole come presupposto sostanziale della libertà di autodeterminazione del paziente, nella sentenza del 2025 tale profilo sembra perdere incisività, venendo richiamato in modo meno strutturato e non ulteriormente sviluppato sul piano delle garanzie effettive.
L'attenuazione di cui si dà conto è significativa, perché rischia di produrre un effetto di indebolimento sistematico del presidio di tutela dei soggetti più fragili rappresentato proprio dalle cure palliative. L'assenza di un approfondimento specifico sul loro carattere di offerta concreta, accessibile e realmente praticata può essere interpretata, sul piano applicativo, come una sorta di arretramento rispetto alla costruzione precedente, più attenta a evitare che la scelta di porre fine alla propria vita sia condizionata da carenze assistenziali o da sofferenze non adeguatamente trattate.
In definitiva, la mancata valorizzazione esplicita delle cure palliative nella sent. n. 204/2025 rischia di aprire spazi a interpretazioni meramente formali del requisito, legittimando una lettura volta a pensare che il mero adempimento informativo possa essere ritenuto sufficiente a soddisfare gli standard costituzionali posti a tutela dei soggetti deboli.
In questa prospettiva, il recente arresto giurisprudenziale della Consulta appare meno incisivo proprio nel punto in cui la precedente giurisprudenza costituzionale aveva invece compiuto il passo più significativo: quello di trasformare le cure palliative da semplice alternativa

terapeutica a condizione di libertà sostanziale della scelta che, in quanto tale, è a pieno titolo parte integrante del diritto alla salute delineato dall'art. 32 Cost.
La mancata riaffermazione forte di tale elemento rischia dunque di creare un quadro meno coerente e più esposto a interpretazioni riduttive, con possibili ricadute anche sulla tenuta delle discipline regionali che, laddove approccino la questione in termini meramente procedurali, manifestano con dirompente evidenza l'inadeguatezza di siffatta prospettiva regolatoria di fronte alle necessità sostanziali che un tema di tale rilievo porta inevitabilmente con sé.

8. Il problematico inquadramento delle procedure di suicidio medicalmente assistito rispetto al perimetro dei livelli essenziali di assistenza. Ancora più delicata è la questione dei livelli essenziali delle prestazioni, affrontata dalla Corte nella recente decisione del 2025 lasciando sul campo non poche perplessità.
Il tema dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) – e, nel settore sanitario, dei LEA – costituisce uno dei punti più delicati e teoricamente densi della sentenza n. 204/2025, ancor di più laddove si intrecci con i temi delle omissioni legislative e, per conseguenza, con la trasformazione del ruolo della Corte costituzionale.
La Corte, da un lato, afferma che la legge regionale toscana non può qualificare autonomamente le prestazioni connesse al suicidio medicalmente assistito come livelli ulteriori rispetto ai LEA, perché la determinazione dei livelli essenziali rientra nella competenza legislativa esclusiva dello Stato, ai sensi dell'art. 117, co. 2, lettera m), Cost.; dall'altro lato, però, riconosce che il Servizio sanitario nazionale è comunque tenuto – in forza dell'ordinamento vigente, come integrato dalla giurisprudenza costituzionale – a svolgere attività di verifica e supporto nei casi rientranti nell'area di non punibilità delineata dalla sentenza n. 242/2019.
È nella accennata tensione che si annida la criticità sistemica. Occorre infatti interrogarsi sulla natura giuridica della prestazione in questione. Se la procedura medicalizzata di assistenza al suicidio costituisce una modalità di esercizio del diritto all'autodeterminazione terapeutica, essa si colloca nell'area dei diritti civili e sociali che richiedono una organizzazione pubblica per essere effettivamente fruibili. In tale prospettiva, la prestazione sanitaria non è un *quid* ulteriore rispetto al diritto, ma il suo presupposto funzionale[59]. Ne deriva che la questione dei LEA non può essere ridotta a una classificazione formale, bensì investe direttamente l'effettività del diritto.
La giurisprudenza costituzionale ha costantemente affermato che i LEA rappresentano il "nucleo indefettibile" delle prestazioni che devono essere garantite in modo uniforme

[59] In argomento, ad avviso di V. Zagrebelsky, *Il suicidio medicalmente assistito nei LEA (livelli essenziali di assistenza)*, cit., 33, il «rinvio esclusivo all'opera del Servizio Sanitario Nazionale (…) impone al SSN il dovere di organizzare e fornire il servizio necessario alla realizzazione (nei casi definiti dalla Corte costituzionale) dell'aiuto al suicidio». Tale per cui, conclude lo stesso A., «È chiaro che l'esclusività della competenza implica il dovere di corrispondere alla richiesta del servizio». Sul punto, però, appaiono di interesse le considerazioni di riflesso sviluppate da M. Immacolato, *Davvero il suicidio medicalmente assistito va inserito nei LEA? Note sulla tesi di V. Zagrebelsky*, in *Bioetica*, 1, 2023, 41, laddove viene evidenziato come «la Corte afferma che il suicidio medicalmente assistito è consentito solo dopo che le "condizioni e le modalità di esecuzione [dell'atto] siano state verificate da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale". Il punto fondamentale resta sempre il fatto che la Corte parla di "verifica" delle condizioni e modalità di azione, senza precisare ciò che tale compito esclusivo comporti. Qui si apre la divergenza interpretativa. Per Zagrebelsky, come abbiamo visto, "l'esclusività della competenza implica il dovere di corrispondere alla richiesta del servizio", mentre la tendenza delle ASL, finora investite della richiesta di suicidio medicalmente assistito è che il compito di verifica, per quanto esclusivo, non implica affatto il coinvolgimento materiale circa la fornitura di quanto richiesto per il completamento del servizio, ossia i farmaci richiesti o eventuali dispositivi».

sull'intero territorio nazionale. Essi operano come strumento di eguaglianza sostanziale, impedendo che la differenziazione territoriale si traduca in diseguaglianza nell'accesso ai diritti fondamentali[60]. Tuttavia, nel caso in esame, la Corte evita di qualificare espressamente l'assistenza al suicidio medicalmente assistito come prestazione rientrante nei LEA; e al contempo esclude che la Regione possa autonomamente attribuirle tale rango. Si produce così una sorta di "zona grigia": la prestazione è dovuta in forza dell'ordinamento, ma non è formalmente qualificata come livello essenziale.

Il passaggio appena richiamato appare particolarmente problematico. Non bisogna infatti dimenticare come la rigidità costituzionale imponga al legislatore non solo limiti negativi, ma anche obblighi positivi di attuazione del programma costituzionale. Se la Corte, con la sent. n. 242/2019, ha riconosciuto un limite minimo costituzionalmente imposto, ciò implica che l'ordinamento deve garantire le condizioni per il suo esercizio. Ma se il legislatore statale resta inerte e non definisce il livello essenziale di assistenza, si crea un vuoto attuativo che incide direttamente sull'eguaglianza sostanziale.

In ragione di quanto osservato, dunque, l'intervento regionale potrebbe essere letto non già come indebita invasione di competenza ma come tentativo di colmare una lacuna attuativa. Tale per cui la Regione Toscana, qualificando le prestazioni come livelli superiori rispetto ai LEA[61] e finanziandole con risorse proprie, ha inteso garantire l'effettività di un diritto già riconosciuto dall'ordinamento. La Corte, tuttavia, riafferma che la determinazione dei livelli essenziali spetta esclusivamente allo Stato. La conseguenza è che l'inerzia statale non può essere supplita neppure in senso espansivo dalle Regioni, neanche quando esse agiscano *in melius* e senza incidere sui livelli minimi garantiti altrove.

La decisione della Corte fa così emergere un nodo teorico cruciale: la distinzione tra determinazione dei livelli essenziali e garanzia di livelli ulteriori. La giurisprudenza costituzionale ha più volte ammesso che le Regioni possano assicurare prestazioni ulteriori rispetto ai LEA, purché con risorse proprie e nel rispetto degli equilibri di bilancio. Tuttavia, nel caso di specie, la Corte sembra ritenere che la qualificazione stessa della prestazione – in quanto incidente su diritti fondamentali come la vita e l'autodeterminazione – la sottragga alla disponibilità regionale. In tal senso, infatti, la Corte afferma che «la disposizione impugnata utilizza (…) 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 –

[60] In tal senso, la stessa sent. n. 204/2025 ricorda che «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)».

[61] La Regione Toscana, infatti, nel tentativo di mantenere – almeno formalmente – entro gli argini costituzionali il suo intervento normativo ha specificato che «le prestazioni e i trattamenti disciplinati dalla presente legge costituiscono un livello di assistenza sanitaria superiore rispetto ai livelli essenziali di assistenza» (art. 7, co. 2). Come a voler dire che, appurata la mancanza normativa relativa alla determinazione dei livelli essenziali da imputare allo Stato, la Regione ha comunque operato correttamente, rifacendosi però a principi e livelli essenziali ricavati dalla giurisprudenza costituzionale.

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». Si tratta di una restrizione significativa dello spazio regionale, che finisce per attribuire allo Stato un monopolio non solo sulla determinazione dei livelli minimi, ma anche sulla qualificazione giuridica della prestazione.
Da un punto di vista sistemico, questo approccio solleva almeno due criticità.
La prima riguarda l'eguaglianza sostanziale. Se l'assistenza al suicidio medicalmente assistito è riconosciuta in linea di principio come legittima in presenza di determinati requisiti, ma la sua organizzazione concreta dipende dall'iniziativa regionale, l'assenza di una disciplina statale sui LEA rischia di tradursi in una diseguaglianza di fatto tra cittadini residenti in Regioni diverse. Gli elementi fin qui richiamati, quindi, rendono evidente come la Corte, concentrandosi sulla competenza formale, non affronti fino in fondo il problema dell'effettività uniforme del diritto.

La seconda concerne il rapporto tra omissione legislativa e funzione della Corte. La mancata determinazione dei LEA in questa materia costituisce a tutti gli effetti una omissione legislativa: il legislatore statale non ha dato compiuta attuazione a un ambito che incide su diritti fondamentali. Eppure, la Corte sembra non dare adeguatamente peso a tale questione, limitandosi unicamente a delimitare lo spazio regionale. In tal modo, la supplenza normativa di fatto operata con la sent. n. 242/2019 sorvola sul vincolo attuativo per il legislatore statale sul piano dei LEA, che rende infungibile l'intervento della legge nazionale, ponendo invece un mero vincolo negativo per le Regioni.
Nei termini accennati la Corte, ricordando che alle Regioni è precluso stabilire autonomamente cosa rientri nei livelli essenziali di assistenza (e, di riflesso, nei livelli ulteriori), esclude però che nel caso in questione la legge regionale introduca nuovi LEA. Da ciò derivando la possibilità per la Regione di erogare siffatta prestazione[62].
Le argomentazioni sviluppate dalla Corte, tuttavia, sembrano voler concentrare ed esaurire la problematica in questione al mero aspetto formale e definitorio. In tal modo volendo far velo allo stretto e indissolubile legame che intercorre tra la definizione di una prestazione e la natura della prestazione stessa. Nei termini accennati, la decisione della Consulta pare portare con sé una evidente tensione interna: se l'assistenza al suicidio medicalmente assistito è già imposta dall'ordinamento, come conformato dalla giurisprudenza costituzionale, essa sembra assumere una dimensione almeno funzionalmente essenziale; se invece non lo è, l'intervento regionale rischia di alterare l'assetto nazionale dei diritti sociali. La sentenza non scioglie compiutamente questo nodo, lasciando irrisolta la questione della qualificazione sistematica della prestazione.
In definitiva, il tema dei LEA nella sentenza n. 204/2025 evidenzia una tensione irrisolta tra tre esigenze: la tutela uniforme dei diritti fondamentali, il rispetto del riparto di competenze e la gestione delle omissioni legislative. La Corte tutela il riparto formale, ma lascia aperta la questione dell'effettività sostanziale; riafferma la competenza esclusiva statale, ma non scioglie il nodo dell'inerzia del legislatore; riconosce la doverosità dell'assistenza sanitaria in certi casi, ma evita di qualificarla come livello essenziale.
È proprio nella menzionata ambivalenza che si concentra la criticità sistemica, perché essa espone il sistema a una possibile frattura tra riconoscimento giurisprudenziale del diritto e sua uniforme realizzazione sul territorio nazionale.

[62] Osserva infatti la Corte che «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 (…). 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"».

9. L'inerzia del legislatore (statale) e la dubbia configurabilità di una giurisprudenza costituzionale decidente anche a scapito del legislatore (regionale). Desta perplessità la ricostruzione desumibile dalla sent. n. 204/2025 in merito al rapporto tra principi fondamentali desumibili dalla legislazione statale e intervento regionale in assenza di una legge organica statale sul fine vita.

La Corte, al riguardo, ribadisce il proprio orientamento secondo cui le Regioni non devono attendere una legge statale espressamente qualificata come di principio per esercitare la potestà concorrente, potendo desumere i principi fondamentali dal complesso della normativa vigente, letta alla luce della giurisprudenza costituzionale. Nel caso di specie, infatti, i principi richiamati non derivano soltanto da leggi statali ma, soprattutto, da sentenze additive e para-normative della stessa Corte costituzionale.

Il dato da ultimo richiamato, tuttavia, pone con evidenza un problema di legittimazione della fonte legato al dubbio relativo a quale sia il limite entro il quale sia consentito al legislatore regionale assumere come "principi fondamentali" non già enunciati normativi statali ma regole di matrice pretoria, frutto di un bilanciamento giurisprudenziale dichiaratamente minimo e provvisorio. Il rischio, nel caso in questione, è infatti quello di una indiretta trasformazione della giurisprudenza costituzionale in parametro immediatamente normativo per l'esercizio della competenza legislativa regionale[63], con una evidente torsione del sistema delle fonti[64].

Su un piano più generale, dunque, la recente decisione solleva interrogativi sul ruolo della Corte stessa nel sistema delle fonti, ulteriori rispetto a quelli già emersi con l'avvio dell'articolato percorso giurisprudenziale dedicato al tema del fine vita[65].

La sentenza ribadisce che le proprie precedenti pronunce hanno fissato solo un "limite minimo" costituzionalmente imposto, lasciando al legislatore la possibilità di modulare diversamente il bilanciamento tra autodeterminazione e tutela della vita.

Tuttavia, nel momento in cui si censura la Regione per avere recepito quei limiti minimi in una propria legge, si riafferma implicitamente che tali limiti appartengono a un ambito riservato alla legislazione statale, anche quando quest'ultima sia rimasta inerte. Si produce così una sorta di circuito chiuso: la Corte individua un assetto minimo vincolante, ma ne impedisce la formalizzazione regionale in assenza di una legge statale, rinviando ancora una volta a un legislatore nazionale che, di fatto, continua a non intervenire.

In questa prospettiva, la sentenza appare oscillare tra l'apertura al pluralismo organizzativo regionale e la riaffermazione di una centralità statale in materie di elevata sensibilità etico-giuridica. L'esito è un equilibrio instabile, nel quale la "regionalizzazione" del fine vita viene

---

[63] Osserva al riguardo 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 cost. n. 204 del 2025)*, cit., II, come l'impostazione proposta dalla Corte, per la quale i principi che le Regioni devono ricavare dalla pregressa legislazione statale devono essere letti alla luce delle sentenze della Corte, «può far pensare ad una sorta di obbligo di *reinterpretazione conforme* – se così può dirsi – della legislazione stessa già al momento (ed al fine) della enucleazione dei principi in parola». Analogamente, anche T. Spasari, *Autonomia regionale e riserva di legge statale nella disciplina del fine vita: riflessioni alla luce della sentenza n. 204 del 2025*, cit., 284, parla di una sorta di «dovere di interpretazione conforme preventivo».

[64] In argomento, cfr. G. Atzori, *La Corte costituzionale "allo specchio": Cappato II e il giudizio di costituzionalità sui propri precedenti. Quali coordinate minime?*, in *Federalismi.it*, 22, 2025. L'A., in particolare, si sofferma sul fatto che le sentenze para-legislative della Corte costituzionale possano essere utilizzate quale oggetto di un giudizio di legittimità costituzionale di fronte alla stessa Corte.

[65] In argomento, se si vuole, è possibile consultare F. Paterniti, *La Corte "pedagogista" di un legislatore colpevolmente inerte. Riflessioni critiche su una svolta problematica della recente giurisprudenza costituzionale*, cit., *passim*; Id., *Le omissioni del legislatore. Profili, problemi, prospettive*, Napoli, 2023.

ammessa sul piano organizzativo, ma fortemente contenuta sul piano normativo, con una delimitazione dei confini competenziali che, pur formalmente coerente con l'art. 117 Cost., lascia aperte rilevanti questioni sistematiche sul rapporto tra fonti, diritti fondamentali e ruolo della giurisprudenza costituzionale.

La sent. n. 204/2025, nei termini accennati, si pone dunque quale ulteriore e significativo tassello del nuovo modello decisionale che, riconoscendo in capo alla Corte delle funzioni nei fatti para-normative, rappresenta una svolta di certo problematica della giurisprudenza costituzionale.

Nei termini accennati, la detta sentenza rappresenta, per così dire, un effetto ulteriore e mediato della dinamica inaugurata con l'ord. n. 207/2018 e la sent. n. 242/2019. Fin qui, infatti, si è avuta una Corte che, dopo avere sollecitato il legislatore, constatata la perdurante inerzia delle Assemblee parlamentari decide di intervenire con decisioni para-normative. Adesso, per di più, la stessa Corte si trova a presidiare l'area da essa stessa "creata" contro interventi regionali che ne recepiscono i contenuti. In questa sequenza si coglie dunque una tensione evidente: la Corte dapprima colma l'inerzia legislativa con una pronuncia additiva a contenuto sostanzialmente normativo, poi nega alle Regioni la possibilità di formalizzare quei medesimi principi in una legge, in nome del divieto di novazione delle fonti.

Ciò che pare manifestarsi è una evidente criticità teorica, che si aggancia alla dimensione decidente e normativa che la giurisprudenza costituzionale sembra vieppiù accogliere. Non può essere infatti tralasciato come, con la sent. n. 242/2019, la Corte abbia adottato una decisione che ha assunto una valenza para-legislativa, oltrepassando il recinto delle "rime obbligate" e scegliendo una soluzione non vincolata ma ritenuta costituzionalmente adeguata.

A fronte di ciò, tuttavia, nella sent. n. 204/2025, la Corte riafferma che solo il legislatore statale può cristallizzare ovvero implementare quei principi, mentre la Regione non può farlo senza invadere l'ordinamento civile e penale. Ne deriva una sorta di asimmetria: ciò che è consentito alla Corte in via supplente non è consentito al legislatore regionale in via organizzativa, pur in presenza della perdurante inerzia statale. Il rischio, dunque, è quello di una trasformazione della Corte in decisore politico di ultima istanza, non solo rispetto al legislatore statale inerte, ma anche rispetto al legislatore regionale attivo.

Le problematicità sottese al recente intervento giurisprudenziale si ampliano ulteriormente laddove si consideri che la Corte ha qualificato l'intervento regionale come illegittima "novazione delle fonti". La Consulta, nello specifico, censura l'art. 2 della legge toscana perché, richiamando espressamente le proprie sentenze, ne avrebbe cristallizzato i requisiti in una fonte substatale, irrigidendo un bilanciamento che dovrebbe restare nella disponibilità del legislatore statale. Ma proprio qui emerge una tensione sistemica: se le sentenze para-legislative della Corte hanno efficacia erga omnes e integrano l'ordinamento, esse sono già parte del diritto vigente. Sostenere che la loro riproduzione legislativa costituisca novazione implica, in fondo, una concezione "debole" della portata normativa della decisione costituzionale, che contrasta con la funzione concretamente esercitata e fattualmente rivendicata dalla Corte nella fase precedente[66].

Per altro verso, la sent. n. 204/2025 conferma, forse involontariamente, la natura "pedagogica" di siffatti interventi decisori della Corte[67]. Questa, infatti, non limitandosi a dichiarare l'illegittimità dell'art. 2 della legge toscana, riafferma che il bilanciamento tra

[66] Al riguardo, cfr. 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 cost. n. 204 del 2025)*, cit., III.

[67] In tal senso, se si vuole, F. Paterniti, *La Corte "pedagogista" di un legislatore colpevolmente inerte. Riflessioni critiche su una svolta problematica della recente giurisprudenza costituzionale*, cit., 200 ss.

autodeterminazione e tutela della vita spetta primariamente al legislatore statale, pur avendo essa stessa fissato un limite minimo inderogabile. Il messaggio istituzionale è duplice: da un lato si richiama il Parlamento alla responsabilità politica, dall'altro si delimita lo spazio di iniziativa regionale. Ma questo duplice richiamo rischia di tradursi in una forma di direzione "dall'alto" del sistema delle fonti, nella quale la Corte si pone come garante non solo della legalità costituzionale, ma anche della corretta distribuzione delle funzioni politiche tra livelli di governo.

Dal punto di vista della teoria delle omissioni legislative, quindi, la sent. n. 204/2025 sembra oscillare tra due paradigmi. Da un lato, riconosce che l'inerzia statale non paralizza l'esercizio della competenza concorrente regionale, potendosi desumere i principi fondamentali anche dalla legislazione vigente letta alla luce della giurisprudenza costituzionale. Dall'altro lato, tuttavia, afferma che proprio quei principi – in quanto incidenti su ordinamento civile e penale – non possono essere formalizzati da una Regione.

Si crea così una zona grigia: le Regioni possono organizzare l'attuazione di un diritto riconosciuto in via pretoria, ma non possono definirne normativamente i presupposti, neppure in via ricognitiva. In tal modo, in termini teorici, acquisisce specifico rilievo il problema di capire fino a che punto l'inerzia del legislatore può giustificare una supplenza giudiziaria senza alterare l'equilibrio costituzionale tra poteri[68].

Un ulteriore profilo critico attiene alla nozione di uniformità. La Corte esclude che la disciplina toscana produca disparità in materia penale, sostenendo che l'area di non punibilità è già uniforme in tutto il territorio nazionale in forza della propria giurisprudenza. Tuttavia, l'effettività del diritto dipende anche dalla concreta organizzazione amministrativa e sanitaria. In assenza di una disciplina statale, l'accesso alla procedura di suicidio medicalmente assistito rischia di essere diseguale di fatto tra le Regioni che organizzano il servizio e quelle che non lo fanno. Cosicché, concentrandosi sulla dimensione formale dell'uniformità, la sentenza sembra invece trascurare la dimensione sostanziale dell'eguaglianza, che pure è centrale nella teoria dello Stato costituzionale.

In definitiva, la sent. n. 204/2025 appare come un ulteriore tassello di quella "svolta decisionista" della giurisprudenza costituzionale che, pur motivata dall'esigenza di fronteggiare l'inerzia legislativa, finisce per accrescere il ruolo normativo della Corte e per ridefinire in modo non sempre lineare i confini tra giurisdizione costituzionale e funzione legislativa.

Sul punto, invero, è però da riconoscere che l'attivismo della Corte è aiutato – se non addirittura sollecitato – dalle stesse istituzioni politiche. Se infatti gli interventi della Consulta rinvengono pur sempre nell'inerzia legislativa la loro causa, deve essere constatato, con stupore e fors'anche disappunto, che lì dove il Parlamento latita, il Governo è invece sempre pronto ad attivarsi con solerzia per sollecitare l'intervento della Corte costituzionale. In tal senso, infatti, l'Esecutivo ha dapprima prontamente impugnato la legge reg. Toscana n. 16/2025, per poi intraprendere analoga iniziativa anche nei confronti della legge reg. Sardegna n. 26/2025. Non può però essere ignorato, al riguardo, che in alternativa (o, comunque, in aggiunta) alla attivazione del giudizio di costituzionalità, Governo e Parlamento avrebbero avuto tempo e modo per elaborare una normativa di principio ritenuta adeguata,

[68] Le accennate perplessità vengono ulteriormente ampliate dalle riflessioni di A Ruggeri, *op. ult. cit.*, V, laddove l'A. evidenzia come siffatta tipologia di intervento per mano della Corte costituzionale richiede necessariamente «linearità di svolgimenti argomentativi e fedeltà ai precedenti», pena il rischio di mettere a dura prova la «certezza a un tempo del diritto costituzionale e dei diritti costituzionali», con il risultato «della sostanziale *"decostituzionalizzazione" della Costituzione* – come la si è altrove chiamata – a tutto beneficio di una produzione giuridica ormai *Constitutioni soluta*, sia essa opera dei decisori politici che, appunto e in ultima istanza, della stessa Corte».

piuttosto che sollecitare nuovi ed ulteriori interventi del Giudice costituzionale al fine di implementare il mosaico pretorio della disciplina giurisprudenziale sul fine-vita.
In definitiva, quindi, la criticità non risiede tanto (o, comunque, solo) nella tutela dei diritti in gioco, quanto nella progressiva metamorfosi dell'equilibrio tra poteri, che rischia di trasformare la supplenza in strutturale protagonismo giudiziario, con effetti sistemici che meritano di essere attentamente ponderati.

Abstract. Il contributo analizza criticamente l'evoluzione della disciplina del suicidio medicalmente assistito alla luce della giurisprudenza costituzionale e delle recenti iniziative legislative regionali. L'Autore sostiene che le pronunce della Corte costituzionale abbiano individuato esclusivamente un'area di non punibilità dell'aiuto al suicidio, senza configurare un diritto soggettivo a ottenere assistenza sanitaria. In tale prospettiva vengono evidenziati i dubbi di legittimità costituzionale delle leggi regionali che, disciplinando procedure e tempi di accesso, sembrano trasformare una mera facoltà in una prestazione dovuta. Il saggio conclude affermando la necessità di un intervento del legislatore statale, quale unico soggetto costituzionalmente legittimato a disciplinare una materia che coinvolge il diritto alla vita, l'autodeterminazione e il principio di eguaglianza.

Abstract. The article critically examines the legal framework governing medically assisted suicide in light of the Italian Constitutional Court's case law and recent regional legislation. It argues that the Court has merely identified a limited area of non-punishability for assisting suicide, without recognizing an enforceable individual right to receive such assistance. From this perspective, the paper questions the constitutional legitimacy of regional laws that regulate procedures and timelines, effectively transforming a mere legal possibility into a healthcare entitlement. The study concludes that only the national legislature is constitutionally empowered to regulate this matter, given its implications for the right to life, personal self-determination, and the principle of equality.

Parole chiave. Suicidio medicalmente assistito – Corte costituzionale – diritto alla vita – autodeterminazione – competenza legislativa regionale.

Key words. Medically assisted suicide – Constitutional Court – right to life – self-determination – regional legislative competence.