

**Sentenza:** 29 dicembre 2025, n. 204

**Materie:** fine vita - suicidio medicalmente assistito

**Parametri invocati:** artt. 117, commi secondo, lettere *l*) e *m*), nonché terzo, Cost.

**Giudizio:** legittimità costituzionale in via principale

**Ricorrente:** Presidente del Consiglio dei ministri

**Oggetto:** intera legge della Regione Toscana 14 marzo 2025, n. 16 (Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024), nonché alcune sue disposizioni specifiche

**Esito:**

- illegittimità costituzionale degli artt. 2; 4, comma 1, limitatamente alle parole “, o un suo delegato,”; 5, commi 1, 4, secondo periodo, e 5; 6, commi 1, secondo periodo, 5, secondo periodo, e 6; 7, commi 1, 2, primo periodo, e 3, della l.r. Toscana 16/2025
- non fondatezza delle altre questioni sollevate

**Estensore nota:** Cesare Belmonte

**Sintesi:**

Il Presidente del Consiglio dei ministri ha impugnato l'intera legge della Regione Toscana 14 marzo 2025, n. 16 (Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024), e più specificamente una serie di sue disposizioni.

Con un primo motivo di ricorso, il ricorrente deduce che la legge regionale nel suo complesso, e segnatamente il suo art. 1, invaderebbero la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di ordinamento civile e penale di cui all'art. 117, secondo comma, lettera *l*), Cost., e comunque - in via subordinata - la competenza legislativa statale concorrente in materia di tutela della salute di cui all'art. 117, terzo comma, Cost., non potendo le Regioni intervenire con legge in tale materia ove la legge statale non abbia provveduto a determinare i principi fondamentali.

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

Infine, con un terzo motivo di ricorso, si deduce in via subordinata che gli artt. 3, 4, 5 e 6 della legge regionale, nella parte in cui istituiscono e disciplinano la Commissione multidisciplinare permanente e prevedono il ruolo consultivo del Comitato per l'etica nella clinica, violano l'art. 117, secondo comma, lettere *l*) ed *m*), Cost. ponendosi in contrasto con specifici parametri interposti rappresentati dalla normativa statale in materia di comitati etici e di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA).

Nel merito, sono anzitutto esaminati congiuntamente i primi due motivi di ricorso, con i quali il ricorrente censura l'intera legge regionale, assumendo in via principale l'invasione della competenza legislativa statale esclusiva nelle materie “ordinamento civile e penale” (primo motivo) e “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni” (secondo motivo), nonché, in via subordinata, della competenza legislativa statale concorrente in materia di tutela della salute, dal

momento che la Regione sarebbe intervenuta con legge in un ambito nel quale la legge statale non ha ancora determinato i principi fondamentali della materia (primo motivo).

Secondo la Corte l'esame di tali motivi richiede una premessa di carattere generale, nei termini seguenti.

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

Disciplinando l'attività delle aziende sanitarie locali toscane, la legge regionale afferma, *prima facie*, alla materia della tutela della salute, oggetto di competenza legislativa regionale concorrente ai sensi dell'art. 117, terzo comma, Cost. L'esercizio di tale competenza da parte del legislatore regionale non è precluso dalla circostanza che lo Stato non abbia ancora provveduto all'approvazione di una legge che disciplini in modo organico, nell'intero territorio nazionale, l'accesso alla procedura medicalizzata di assistenza al suicidio.

A questo riguardo, la Corte richiama espressamente l'art. 1, comma 3, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), ai sensi del quale nelle materie appartenenti alla legislazione concorrente le Regioni esercitano la potestà legislativa nell'ambito dei principi fondamentali espressamente determinati dallo Stato o, in difetto, quali desumibili dalle leggi statali vigenti. Nel caso in esame, i principi fondamentali della materia relativi alla disciplina delle procedure di accesso al suicidio medicalmente assistito si possono desumere dalla legislazione statale vigente, letta alla luce delle sentenze della Corte. In particolare, vengono in considerazione:

- gli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento), che regolano la modalità di rifiuto e interruzione dei trattamenti di sostegno vitale, e che sono stati utilizzati dalla sentenza della Corte n. 242 del 2019 come punti di riferimento già presenti nella legislazione vigente ai fini della configurazione della procedura medicalizzata per la valutazione della richiesta di suicidio assistito;
- la legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore), che tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato inserendole nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, e che parimenti è stata richiamata dalla sentenza n. 242 del 2019 e dalle successive sentenze n. 135 del 2024 e n. 66 del 2025 per sottolineare la doverosa ed effettiva messa a disposizione di tali prestazioni;
- l'art. 14, terzo comma, lettera q), della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), in base al quale le aziende unità sanitarie locali provvedono agli accertamenti, alle certificazioni ed a ogni altra prestazione medico-legale spettanti al servizio sanitario nazionale.

La riconducibilità *prima facie* della legge censurata alla materia di competenza legislativa concorrente della tutela della salute, nell'ambito dei principi fondamentali desumibili dalle disposizioni appena richiamate, *non esclude tuttavia che singole disposizioni di tale legge possano, al tempo stesso, illegittimamente invadere sfere di competenza riservate alla legislazione statale.*

A tal proposito, la Corte chiarisce subito che la censura mossa all'intera l.r. Toscana 16/2025, di violazione della competenza legislativa statale esclusiva in materia di ordinamento penale, è infondata. L'area di non punibilità di condotte astrattamente sussumibili nella fattispecie penale di istigazione o aiuto al suicidio di cui all'art. 580 cod. pen. resta, infatti, quella determinata dalla sentenza n. 242 del 2019, che nel proprio dispositivo ha individuato sei requisiti - quattro sostanziali e due procedimentali - in presenza dei quali l'applicazione della norma penale produrrebbe un risultato incompatibile con la Costituzione. *Né la legge regionale impugnata crea di per sé una ingiustificata disparità sul territorio nazionale nel rendere operativa nel solo territorio toscano una causa di non punibilità rispetto a un reato disciplinato dal codice penale. L'area di non punibilità è, infatti, nell'intero territorio nazionale quella individuata dalla sentenza n. 242 del 2019, che affida al servizio sanitario e ai comitati etici il riscontro nel caso concreto dei quattro requisiti sostanziali per l'accesso alla procedura medicalizzata di assistenza al suicidio: con ciò*

*gravando direttamente lo stesso servizio sanitario e i comitati etici, in tutto il territorio nazionale, dei relativi compiti, il cui adempimento è necessario ai fini della tutela dei diritti costituzionali di cui la persona - in presenza dei quattro requisiti sostanziali individuati - è titolare, a prescindere dalla circostanza che l'attività dei servizi sanitari regionali e dei comitati etici ivi operanti sia stata o meno regolata nel dettaglio dalla legge (statale o regionale che sia).*

La dedotta violazione della competenza statale esclusiva in materia di ordinamento civile richiede invece una valutazione più articolata. La difesa erariale richiama due sentenze della Corte (sentenze n. 262 del 2016 e n. 253 del 2006) con cui sono state annullate disposizioni regionali che avevano disciplinato diritti all'epoca ancora non riconosciuti nella legislazione statale, che esse avevano inteso introdurre *ex novo*, o che avevano indebitamente modificato le modalità di esercizio dei diritti previsti dalla corrispondente normativa statale. La legge regionale impugnata non si muove invece in una situazione di "vuoto normativo". Infatti, la legge statale già regola puntualmente la possibilità e le modalità di rinuncia o rifiuto, da parte del paziente, di trattamenti sanitari necessari alla sopravvivenza (artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017). Proprio tale disciplina è stata estesa dalla Corte, nella sentenza n. 242 del 2019, alla procedura medicalizzata di assistenza al suicidio, per 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 costretta a subire un processo più lento e più carico di sofferenze quale quello che deriverebbe dalla interruzione dei trattamenti.

La legge regionale non riconosce dunque nella Regione Toscana un diritto che in altre Regioni non è riconosciuto, ma mira 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 rinvergono nell'ordinamento vigente in base alle sentenze della Corte n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024. Tuttavia, nel dettare tale disciplina procedimentale in taluni casi le disposizioni della legge censurata finiscono per riprodurre indebitamente o per incidere indirettamente sull'estensione concreta dei diritti in gioco. *Ciò impone un esame analitico, disposizione per disposizione, della legge regionale impugnata, al fine di accertare se la disciplina regionale incorra nei vizi segnalati.*

Considerazioni analoghe valgono per l'ulteriore censura di violazione della competenza legislativa statale esclusiva in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni. La legge in esame, nel suo complesso, disciplina l'attività che il Servizio sanitario regionale è tenuto a svolgere secondo l'ordinamento vigente, *così come conformato dai principi ordinamentali enunciati* dalle suddette sentenze della Corte. Sotto questo profilo, la legge censurata non introduce alcun nuovo livello essenziale di assistenza, né modifica la corrispondente disciplina statale. *Ciò che, invece, alla legislazione regionale è precluso è stabilire essa stessa che cosa rientri e che cosa non rientri nei LEA, trattandosi di materia riservata alla competenza legislativa esclusiva dello Stato.*

Sotto altro profilo, la legge regionale si rivelerebbe costituzionalmente illegittima qualora, pur mantenendosi nell'ambito della materia della tutela della salute, non si limitasse a dettare una disciplina di dettaglio, ma pretendesse di sovrapporsi indebitamente, o addirittura di modificare gli stessi principi fondamentali in materia di tutela della salute stabiliti dalla legislazione statale.

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

Le singole censure in essi articolate devono invece essere valutate in relazione a ciascuna disposizione della legge.

L'art. 1 non presenta vizi di legittimità limitandosi ad enunciare la finalità di disciplinare le "modalità organizzative per l'attuazione di quanto disposto dalle sentenze della Corte costituzionale 25 settembre 2019, n. 242 e 1° luglio 2024, n. 135, relative al suicidio medicalmente assistito", fornendo a tal fine indicazioni operative di dettaglio al Servizio sanitario regionale.

L'art. 2, che direttamente individua, "fino all'entrata in vigore della disciplina statale", i requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito facendo espresso rinvio alle sentenze n.

242 del 2019 e n. 135 del 2024, e alle modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017, viola invece l'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost. in riferimento alla competenza legislativa esclusiva statale in materia di ordinamento civile e penale. La Corte sottolinea che tali sentenze, definendo l'ambito applicativo della causa di non punibilità dell'aiuto al suicidio ed enunciandone i requisiti di accesso, hanno innovato l'ordinamento civile e penale. La norma regionale in questione richiama le suddette sentenze realizzando una novazione dei principi ordinamentali in esse contenuti. Ciò produce l'effetto di definire nella legislazione regionale, irrigidendoli, i requisiti per l'accesso al suicidio assistito e, indirettamente, i contorni dell'esimente all'art. 580 cod. pen. così come individuata dalle sentenze della Corte.

L'art. 3 resta immune da tutte le censure prospettate. La disposizione prevede l'istituzione, presso le aziende sanitarie locali, di commissioni multidisciplinari permanenti, deputate all'esame della sussistenza dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito e alla verifica o definizione delle relative modalità di attuazione. In questi termini, le previsioni della norma in esame si configurano come statuizioni di carattere organizzativo, riconducibili a una disciplina di dettaglio in materia di tutela della salute, quindi di competenza regionale in quanto attuative di principi fondamentali che, anche alla luce delle sentenze della Corte n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024, la Regione ha potuto evincere da diverse leggi statali che disciplinano specifiche attività di accertamento, fra le quali il già citato art. 14, terzo comma, lettera q), della legge n. 833 del 1978.

Anche l'art. 4 si sottrae a tutte le censure del ricorrente, salvo che per l'inciso - contenuto nel comma 1 - “, o un suo delegato,”, che invade la competenza legislativa esclusiva statale in materia di ordinamento civile. Questo articolo disciplina le modalità di accesso al suicidio medicalmente assistito, in particolare normando la procedura di presentazione dell'istanza per l'accertamento dei relativi requisiti nonché per l'approvazione o la definizione delle relative modalità di attuazione. Tale disciplina nel suo complesso non esorbita dai limiti di una legislazione di dettaglio in materia di tutela della salute, all'interno dei limiti fissati dai principi fondamentali desumibili dalla legislazione dello Stato. Tuttavia, la previsione della possibilità che l'istanza sia presentata da un delegato del paziente, anziché dal paziente medesimo, deroga vistosamente al quadro normativo fissato dalla legge n. 219 del 2017, nel quale la procedura medicalizzata di assistenza al suicidio è stata collocata dalla giurisprudenza della Corte. In particolare, l'art. 1, comma 4, della predetta legge n. 219 del 2017 presuppone chiaramente che la volontà di interrompere le cure (ovvero, in seguito alla sentenza n. 242 del 2019, di accedere al suicidio assistito) sia espressa personalmente, con le modalità ivi indicate, *e non già tramite un delegato, come invece prevede la legge toscana impugnata*. Ne deriva l'illegittimità costituzionale dell'art. 4, comma 1, limitatamente all'inciso “, o un suo delegato,”, per contrasto con l'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost.,

Riguardo agli artt. 5 e 6, che disciplinano rispettivamente le procedure per la verifica dei requisiti per l'accesso al suicidio assistito e per la determinazione delle relative modalità di attuazione, la Corte analizza anzitutto *i plurimi frammenti normativi che, in queste disposizioni, stabiliscono la durata di tali procedure*.

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

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

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

Le questioni sono fondate con riguardo ai frammenti normativi ora richiamati, per violazione della competenza legislativa esclusiva statale in materia di ordinamento civile e di quella concorrente statale relativa alla determinazione dei principi fondamentali in materia di tutela della salute.

Quanto al primo profilo, le disposizioni impugnate violano l'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost. in quanto coinvolgono scelte - attinenti al bilanciamento tra il dovere di tutela della vita umana, discendente dall'art. 2 Cost., e il principio dell'autonomia del paziente nelle decisioni che coinvolgono il proprio corpo - che necessitano di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, *per ragioni imperative di eguaglianza, ratio ultima della riserva allo Stato della competenza legislativa esclusiva in materia di "ordinamento civile", disposta dalla Costituzione.*

Quanto al secondo profilo, le medesime disposizioni trascurano che l'accompagnamento delle richieste di accesso al suicidio medicalmente assistito richiede necessariamente un accertamento medico accurato della sussistenza dei relativi requisiti, sia sotto il profilo della condizione sanitaria dell'interessato, sia sotto quello della formazione della volontà in modo libero e autonomo. Deve essere pertanto sempre consentita la possibilità di svolgere tutti quegli approfondimenti clinici e diagnostici che la Commissione multidisciplinare, *ritenga appropriati, anche eventualmente adottando decisioni interlocutorie, che possono richiedere tempi di verifica non compatibili con gli stringenti termini fissati dalle disposizioni impugnate.* Atteso il "carattere personalistico" delle cure sanitarie, *le previsioni legislative non possono precludere al medico la possibilità di valutare, sulla base delle più aggiornate e accreditate conoscenze tecnico-scientifiche, il singolo caso.*

L'art. 5, commi 1, 4, secondo periodo, e 5, e l'art. 6, commi 1, secondo periodo, 5, secondo periodo, e 6 sono pertanto dichiarati costituzionalmente illegittimi dalla Consulta per violazione dell'art. 117, secondo comma, lettere l), Cost., in riferimento alla materia "ordinamento civile" e dell'art. 117, terzo comma, Cost., in riferimento alla materia "tutela della salute".

Le restanti disposizioni dettate dagli artt. 5 e 6, che disciplinano nel dettaglio la verifica dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito e la determinazione delle relative modalità di attuazione, si sottraggono, invece, alle censure statali, mantenendosi nell'ambito di una disciplina di dettaglio in materia di tutela della salute, all'interno dei limiti fissati dai principi fondamentali desumibili dalla legge dello Stato.

La Corte procede poi all'esame dell'art. 7, relativo alla fase attuativa del suicidio medicalmente assistito.

Il comma 1 di tale disposizione impegna le aziende unità sanitarie locali ad assicurare, nelle forme previste dal protocollo, il supporto tecnico e farmacologico nonché l'assistenza sanitaria per la preparazione all'autosomministrazione del farmaco autorizzato, precisando altresì che l'assistenza è fornita dal personale sanitario su base volontaria ed è considerata come attività istituzionale da svolgersi in orario di lavoro. Tale disposizione è costituzionalmente illegittima poiché invade la riserva allo Stato della fissazione dei principi fondamentali in materia di tutela della salute. Essa, infatti, non si pone come attuazione nel dettaglio di preesistenti principi fondamentali rinvenibili nella legislazione statale, ma come una illegittima determinazione degli stessi da parte della legislazione regionale, determinando *una vera e propria, non consentita, "regionalizzazione" dei medesimi principi.*

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

Quanto al comma 2 dell'art. 7, primo periodo, secondo cui le prestazioni e i trattamenti disciplinati dalla legge regionale costituiscono un livello di assistenza sanitaria superiore rispetto ai livelli essenziali di assistenza, esso invade la competenza legislativa esclusiva statale in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, ed è pertanto costituzionalmente illegittimo per contrasto con l'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost. *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 - 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*.

E' invece immune da censure il secondo periodo del comma 2 dell'art. 7, ove si dispone che la Regione "fa fronte con risorse proprie agli effetti finanziari connessi a tali prestazioni e trattamenti". La norma non interferisce con la disciplina statale sui LEA, né invade la materia "ordinamento civile" o viola principi fondamentali della materia "tutela della salute".

Per contro, è costituzionalmente illegittimo, per contrasto con i principi fondamentali in materia di tutela della salute quali risultanti dalla legislazione statale vigente, interpretata alla luce della giurisprudenza costituzionale, l'intero comma 3 dell'art. 7, ai sensi del quale la persona in possesso dei requisiti autorizzata ad accedere al suicidio medicalmente assistito può decidere in ogni momento di sospendere o annullare l'erogazione del trattamento». *Tale disposizione è incoerente con la struttura stessa del suicidio medicalmente assistito, la cui logica esige che sia il paziente medesimo ad autosomministrarsi il farmaco, eventualmente avvalendosi di strumenti tecnici predisposti allo scopo laddove egli non sia in grado di muovere gli arti o di deglutire*.

Quanto al comma 4 dell'art. 7, esso si limita a stabilire l'ovvio principio che le "aziende unità sanitarie locali conformano i procedimenti disciplinati dalla presente legge alla disciplina statale".

L'art. 8, con cui si stabilisce la gratuità delle prestazioni e dei trattamenti effettuati dal servizio sanitario regionale nell'ambito del percorso terapeutico assistenziale del suicidio medicalmente assistito, esprime una scelta legislativa che non è in contrasto con alcuno dei parametri evocati dal ricorso statale.

L'art. 9 a sua volta è una norma finanziaria meramente accessoria rispetto alla precedente, che non contrasta con alcuno dei parametri evocati dal ricorso statale.

La Corte esamina infine il terzo motivo di ricorso, rivolto specificamente contro gli artt. 3, 4, 5 e 6 della legge regionale censurata, con cui si assume che tali disposizioni contrastino da un lato con la competenza legislativa esclusiva statale in materia di ordinamento penale e civile di cui all'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost. in relazione all'art. 2, comma 7, della legge 11 gennaio 2018, n. 3 (Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute); dall'altro con la competenza legislativa esclusiva statale in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost., in relazione all'art. 1, commi 556, 557 e 558 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge di stabilità 2016").

La prima questione non è fondata. L'art. 2, comma 7, della legge n. 3 del 2018 demanda a un decreto del Ministro della salute, da adottare previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni,

l'individuazione dei comitati etici territoriali. Tali comitati sono stati in effetti disciplinati, da ultimo, dai decreti del Ministro della salute 26 gennaio 2023 (Individuazione di quaranta comitati etici territoriali) e 30 gennaio 2023 (Definizione dei criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici territoriali),

Secondo il ricorrente la commissione multidisciplinare istituita dall'art. 3 della l.r. Toscana 16/2025, in quanto organismo di esclusiva provenienza regionale, non potrebbe essere fatta rientrare tra i comitati etici individuati dalla normativa statale oggi vigente, dovendosi dunque escludere che la valutazione richiesta dalla Corte ai fini della scriminante dalla responsabilità penale possa essere rimessa a organismi di volta in volta creati, con regole autonome, da ciascuna Regione.

In realtà, osserva la Corte, l'attribuzione - nella Regione Toscana - al comitato per l'etica nella clinica della funzione consultiva nella procedura di accesso al suicidio medicalmente assistito non contrasta con le fonti statali evocate, poiché il citato d.m. 26 gennaio 2023 consente alle Regioni di mantenere operativi i comitati etici esistenti nel territorio di competenza, ma non inclusi nell'elenco dei comitati etici territoriali di cui al decreto stesso, purché tali comitati operino per funzioni diverse da quelle attribuite in via esclusiva agli stessi comitati etici territoriali.

Come emerge dall'intesa della Conferenza Stato - Regioni richiamata nelle premesse del decreto, le Regioni e le province autonome hanno espresso l'intesa subordinatamente "alla conferma che, nelle more dell'adozione di un provvedimento dedicato, i pareri previsti con riferimento al suicidio medicalmente assistito continuano ad essere di competenza dei Comitati etici esistenti, ai quali questa funzione è stata attribuita a livello territoriale". Nel caso della Regione Toscana, l'attribuzione di questi pareri spetta, in forza della deliberazione della Giunta regionale 23 marzo 2020, n. 383, agli esistenti comitati per l'etica nella clinica, organismi indipendenti di livello aziendale disciplinati dall'art. 99 della legge della Regione Toscana 24 febbraio 2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale).

Allo stesso modo, il ruolo attribuito dalla legge censurata alla commissione multidisciplinare (quello di verificare la rispondenza delle specifiche condizioni patologiche della persona che richiede l'assistenza al suicidio ai requisiti fissati dalle sentenze n. 242 del 2019 e n. 135 del 2024 e la sua piena capacità di prendere decisioni libere e consapevoli, nonché quello di determinare le modalità di attuazione dell'assistenza al suicidio.) non si sovrappone al ruolo proprio dei comitati etici territoriali, cui la sentenza n. 242 del 2019 ha affidato, nelle more dell'intervento del legislatore, il compito di *"garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità"*, esprimendo un parere sul caso. *Si tratta di funzioni diverse, rispetto alle quali la legge regionale impugnata non determina alcuna indebita sovrapposizione.*

Parimenti non sono fondate le censure statali che assumono il contrasto degli artt. 3, 4, 5 e 6 con l'art. 117, secondo comma, lettera *m*), Cost. Le disposizioni di cui all'art. 1, commi 556, 557 e 558 della legge n. 208 del 2015 prevedono che la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, istituita presso il Ministero della salute, svolga, tra le altre, le attività di: a) valutazione sistematica delle prestazioni incluse nei LEA; b) acquisizione e valutazione delle proposte di inserimento nei LEA di nuovi servizi, attività e prestazioni; c) valutazione dell'impatto economico delle modifiche ai LEA. Sulla base di tali attività, la Commissione formula annualmente una proposta di aggiornamento dei LEA. *Tuttavia, le disposizioni della legge regionale impugnite non prevedono, né potrebbero prevedere, un livello essenziale di assistenza, limitandosi a regolare profili organizzativi delle strutture sanitarie regionali; e nemmeno potrebbero incidere o comunque influire sulle autonome determinazioni, sul punto, della Commissione statale.*