



N. 51 *seconda edizione** – aprile 2024

Disegni di legge in materia di morte volontaria medicalmente assistita e sul reato di istigazione o aiuto al suicidio (AA.SS. nn. 65, 104, 124, 570 e 1083)

Introduzione

Giurisprudenza costituzionale in tema di morte volontaria medicalmente assistita

Sul tema della morte volontaria medicalmente assistita, con specifico riguardo alla **fattispecie dell'aiuto al suicidio** di cui all'articolo 580 del codice penale, vi sono stati alcuni interventi della Corte costituzionale.

La Corte è intervenuta, in primo luogo, con l'[ordinanza n. 207 del 23 ottobre 2018](#). In tale ordinanza, la Corte ha escluso che l'incriminazione dell'aiuto al suicidio, ancorché non rafforzativo del proposito della vittima, sia, di per sé, incompatibile con la Costituzione, in quanto tale incriminazione si giustifica in un'ottica di tutela del diritto alla vita, specie delle «persone più deboli e vulnerabili». La Corte ha individuato tuttavia un'area di non conformità costituzionale della fattispecie, corrispondente ai casi in cui l'aspirante suicida «si identifichi in una persona (a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli». In tali casi, secondo la Corte, il divieto indiscriminato di aiuto al suicidio «finisce [...] per limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita, senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile, con conseguente lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive».

Con l'ordinanza citata la Corte ha disposto il **rinvio del giudizio di costituzionalità** dell'art. 580 c.p. a data fissa (24 settembre 2019), per **dare al legislatore la possibilità di intervenire** con una apposita disciplina «che regoli la materia in conformità alle segnalate esigenze di tutela».

* Nella presente seconda edizione la Nota Breve è integrata con la parte relativa all'A.S. n. 1083.

Successivamente, trascorso il tempo indicato nell'ordinanza anzidetta, la Corte ha ritenuto, "in assenza di ogni determinazione da parte del Parlamento", di non poter "ulteriormente esimersi dal pronunciare sul merito delle questioni, in guisa da rimuovere il vulnus costituzionale". Con la [sentenza n. 242 del 2019](#), la Corte ha quindi dichiarato **costituzionalmente illegittimo**, per violazione degli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., **l'articolo 580 c.p.**, nella parte in cui **non esclude la punibilità** di chi, con le modalità previste dalla legge n. 219 del 2017 (*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*) **agevola l'esecuzione del proposito di suicidio**, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da **trattamenti di sostegno** vitale e affetta da una **patologia irreversibile**, fonte di sofferenze **fisiche o psicologiche** che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali **condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica** del Servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente.

In particolare, la Corte individua, in attesa dell'intervento del Parlamento¹, un "punto di riferimento già presente nel sistema, nella "disciplina racchiusa negli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017", tenuto conto del fatto che l'intervento del giudice delle leggi è circoscritto "in modo specifico ed esclusivo all'aiuto al suicidio prestato a favore di soggetti che già potrebbero alternativamente lasciarsi morire mediante la rinuncia a trattamenti sanitari necessari alla loro sopravvivenza, ai sensi dell'art. 1, comma 5, della legge stessa: disposizione che, inserendosi nel più ampio tessuto delle previsioni del medesimo articolo, prefigura una "procedura medicalizzata" estensibile alle situazioni che qui vengono in rilievo".

Ad avviso della Corte, la procedura delineata nella legge n. 219 del 2017 appare la più idonea a dare risposta alle "esigenze di disciplina" già messe in luce nell'ordinanza n. 207. In particolare, sulla base dei primi due articoli di tale legge, vengono enucleate le "modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto", a partire dall'accertamento della capacità; di autodeterminazione del paziente e del carattere libero e informato della scelta espressa.

Più nel dettaglio, secondo la Corte, la richiesta di essere agevolati al suicidio da parte di una persona "capace di agire" dovrà essere: espressa nelle forme previste per il consenso informato e dunque "nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente"; documentata "in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare"; inserita nella cartella clinica, ferma restando ovviamente "la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà".

Il medico dovrà: prospettare al paziente "le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative"; promuovere "ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica"; dare conto nella cartella clinica tanto "del carattere irreversibile della patologia", quanto delle "sofferenze fisiche o psicologiche", dal momento che "il promovimento delle azioni di sostegno al paziente, comprensive soprattutto delle terapie del dolore, presuppone una conoscenza accurata delle condizioni di sofferenza".

¹ Sul punto è tornato di recente il Presidente della Corte costituzionale, il quale, nella sua relazione del 18 marzo 2024, ha auspicato "un intervento del legislatore che dia seguito alla sentenza n. 242 del 2019 (il cosiddetto caso Cappato), sul fine vita", rilevando come il silenzio del legislatore stia portando a "numerose supplenze delle assemblee regionali". In riferimento alle iniziative regionali in materia di fine vita, risulta che l'Avvocato generale dello Stato, in un parere reso su richiesta del Consiglio regionale del Veneto, abbia formulato rilievi di non conformità al quadro costituzionale di riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni (fonte: https://www.ansa.it/veneto/notizie/2023/11/16/avvocatura-stato-possibile-conflitto-leggi-regionali-fine-vita_82865537-8e10-4997-b528-9ba9181da22f.html).

Con riguardo al coinvolgimento dell'interessato in un percorso di cure palliative il riferimento immediato è a quanto previsto all'art. 2 della legge n. 219, e cioè all'esigenza che sia "sempre garantita al paziente un'appropriata terapia del dolore e l'erogazione delle cure palliative previste dalla legge n. 38 del 2010", estensibile all'ipotesi che qui interessa, sul presupposto che "l'accesso alle cure palliative, ove idonee a eliminare la sofferenza, spesso si presta a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita".

Inoltre, la **verifica delle condizioni** che rendono legittimo l'aiuto al suicidio è affidata, "in attesa della declinazione che potrà darne il legislatore", a **strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale**, cui spetterà vagliare anche "le relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze".

La Corte inoltre sottolinea che l'importanza dei valori in gioco porta a richiedere, quale ulteriore requisito, "l'intervento di un organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze", idoneo a "garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità".

Tale compito, secondo la Corte, è affidato ai **comitati etici territorialmente competenti**², già investiti di funzioni consultive "che involgono specificamente la salvaguardia di soggetti vulnerabili e che si estendono anche al cosiddetto uso compassionevole di medicinali nei confronti di pazienti affetti da patologie per le quali non siano disponibili valide alternative terapeutiche". Con riguardo all'obiezione di coscienza del personale sanitario con la declaratoria di illegittimità costituzionale, si esclude "la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici", restando pertanto affidato "alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato".

Con riguardo agli **effetti della pronuncia sul piano temporale**, la Corte specifica che i requisiti procedurali indicati, quali condizioni per la non punibilità dell'aiuto al suicidio prestato a favore di persone che versino nelle situazioni indicate analiticamente nella sentenza, valgono per i fatti successivi alla pubblicazione della sentenza stessa nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica (avvenuta il 27 novembre 2019).

Non potendo le medesime condizioni procedurali "essere richieste, tal quali, in rapporto ai fatti anteriormente commessi, come quello oggetto del giudizio *a quo*, che precede la stessa entrata in vigore della legge n. 219 del 2017" la Corte specifica che in tali evenienze "la non punibilità dell'aiuto al suicidio rimarrà subordinata, in specie, al fatto che l'agevolazione sia stata prestata con modalità anche diverse da quelle indicate, ma idonee, comunque sia, a offrire garanzie sostanzialmente equivalenti".

Sarà quindi necessario che il giudice, nel caso concreto, accerti che "le condizioni del richiedente che valgono a rendere lecita la prestazione dell'aiuto – patologia irreversibile, grave sofferenza fisica o psicologica, dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e capacità; di prendere decisioni libere e consapevoli – abbiano formato oggetto di verifica in ambito medico"; che "la volontà dell'interessato sia stata manifestata in modo chiaro e univoco, compatibilmente

² In tema di comitati etici è successivamente intervenuto il decreto del Ministro della salute del 26 gennaio 2023, recante "Individuazione di quaranta comitati etici territoriali". Secondo l'avviso del Comitato nazionale di bioetica (CNB), competenti a rendere il parere in materia di suicidio assistito possono essere, in via transitoria, i comitati etici (CET) individuati dal predetto decreto; nelle Regioni nelle quali i CET non fossero ancora presenti, secondo il CNB, tale compito potrebbe essere affidato ai comitati etici esistenti che non sono inclusi nell'elenco dei quaranta (v. comunicato stampa CNB n. 3/2023 del 24 marzo 2023, <https://bioetica.governo.it/media/4817/risposta-al-quesito-ministero-della-salute-def.pdf>).

con quanto è; consentito dalle sue condizioni"; che "il paziente sia stato adeguatamente informato sia in ordine a queste ultime, sia in ordine alle possibili soluzioni alternative, segnatamente con riguardo all'accesso alle cure palliative ed, eventualmente, alla sedazione profonda continua".

La legge n. 219 del 2017

Il principio della libertà di autodeterminazione nelle scelte terapeutiche è stato pienamente affermato dalla legge n. 219 del 2017 *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento* che ha disciplinato le modalità di espressione e di revoca del consenso informato, la legittimazione ad esprimerlo e revocarlo, l'ambito e le condizioni e ha regolamentato le disposizioni anticipate di trattamento (DAT), con le quali il dichiarante enuncia i propri orientamenti sul "fine vita" nell'ipotesi in cui sopravvenga una perdita irreversibile della capacità di intendere e di volere.

Più in particolare, la legge sancisce, all'art. 1, che, tranne nei casi previsti, nessun trattamento sanitario possa essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata; promuove e valorizza la relazione di cura e fiducia tra medico e paziente che proprio sul consenso informato deve basarsi; esplicita le informazioni che il paziente ha diritto di ricevere; stabilisce le modalità di espressione del consenso e del rifiuto di qualsivoglia trattamento sanitario, anche se necessario alla sopravvivenza, come la nutrizione e l'idratazione artificiale.

L'art. 2 affronta il tema della terapia del dolore, del divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e della dignità nella fase finale della vita.

L'art. 3 tutela le persone di minore età o incapaci nonché gli inabilitati o i beneficiari di amministrazione di sostegno, sancendo che, in quest'ultimo caso, l'amministratore di sostegno, con compiti di assistenza e di rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, possa esercitare il consenso informato per conto dell'amministrato.

L'art. 4 definisce le Dichiarazioni anticipate di trattamento - DAT chiarendo che il medico è tenuto al rispetto delle DAT (che devono essere redatte secondo quanto disposto dall'art. 4, comma 6), potendo egli disattenderle, in accordo con il fiduciario, soltanto "qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita". La redazione delle DAT può avvenire in diverse forme: atto pubblico; scrittura privata autenticata; scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del proprio Comune di residenza, che provvede all'annotazione in un apposito registro, ove istituito. Le DAT potranno inoltre essere consegnate personalmente presso le strutture sanitarie, nel caso in cui le Regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al SSN abbiano, con proprio atto, regolamentato la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella Banca dati.

Il provvedimento è entrato in vigore il 31 gennaio 2018. La Banca dati è stata attivata a partire dal 1° febbraio 2020.

Per un esame più approfondito del contenuto della legge si veda l'approfondimento a questa dedicato sul Portale documentazione del sito *internet* istituzionale della Camera dei Deputati e la sezione del sito *internet* istituzionale del Ministero della salute "Disposizioni anticipate di trattamento - DAT".

Il requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale: le interpretazioni giurisprudenziali e i dubbi di legittimità costituzionale sollevati dal GIP presso il Tribunale di Firenze

Il requisito in titolo è stato oggetto di diverse interpretazioni, in ambito giurisprudenziale. Punto di partenza di tali interpretazioni è la notazione che **la Corte costituzionale non ha fornito una definizione di “trattamenti di sostegno vitale”**, nelle sue pronunce sopra citate, ma ha fatto riferimento, in via apparentemente esemplificativa, a trattamenti quali la ventilazione, l'idratazione o l'alimentazione artificiali³. Secondo alcuni orientamenti della giurisprudenza di merito, una corretta interpretazione del requisito in oggetto non dovrebbe, pertanto, essere limitata alla mera **“dipendenza da una macchina”**, ma potrebbe abbracciare **una serie di ipotesi ulteriori**, quali ad esempio la dipendenza dalla somministrazione di numerosi farmaci volti a stabilizzare le funzioni vitali e da un delicato equilibrio nel loro dosaggio, o dalla necessità di interventi periodici di evacuazione manuale volti a evitare occlusioni potenzialmente fatali. L'interpretazione estensiva del requisito in esame si è spinta anche più avanti, essendosi adombrato che dovrebbero esservi ricondotte tutte le ipotesi in cui la sopravvivenza del malato dipenda direttamente da altri, siano cose o persone, anche qualora il trattamento di sostegno vitale non sia di tipo strettamente sanitario. Della stessa **legittimità del requisito** in esame si è inoltre dubitato in una recente ordinanza di rimessione alla Corte costituzionale, adottata dal Giudice per le indagini preliminari presso il Tribunale di Firenze⁴. In tale ordinanza si sottopone alla Corte la questione relativa alla compatibilità del predetto requisito con gli articoli 2, 3, 13, 32 e 117 della Costituzione, quest'ultimo con riferimento agli articoli 8 e 14 della Convenzione europea sui diritti dell'uomo.

Atto Senato n. 65

Il disegno di legge **A.S. n. 65, di iniziativa dei senatori Parrini e Fina**, reca novelle al codice penale, alla disciplina sulle cure palliative e la terapia del dolore - di cui alla L. 15 marzo 2010, n. 38 - e a quella sul consenso informato e le disposizioni anticipate in materia di trattamenti sanitari - di cui alla L. 22 dicembre 2017, n. 219 -. Il disegno di legge, che riproduce il contenuto dell'A.S. n. 966 della XVIII legislatura, consta di quattro articoli.

³ La mancanza di una definizione della nozione di “trattamenti di sostegno vitale” è stata rilevata anche dal CNB: v. il comunicato stampa citato sopra in nota.

⁴ Tribunale di Firenze, Sezione GIP, Ordinanza 17 gennaio 2024 a firma della dott.ssa Agnese Di Girolamo, nella quale sono anche illustrati gli orientamenti giurisprudenziali sopra riassunti: v. <https://www.giurisprudenzapenale.com/2024/01/22/aiuto-al-suicidio-e-dipendenza-da-trattamenti-di-sostegno-vitale-lordinanza-con-cui-il-gip-del-tribunale-di-firenze-ha-sollevato-questione-di-legittimita-costituzionale-dellart-580-c-p/>.

Più nel dettaglio, l'**articolo 1** del disegno di legge interviene sulla disciplina del reato di istigazione o aiuto al suicidio.

L'art. 580 del codice penale, rubricato "***Istigazione o aiuto al suicidio***", punisce chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione. La pena è la reclusione da 5 a 12 anni, se il suicidio avviene, e la reclusione da 1 a 5 anni se il suicidio non avviene ma dal tentativo deriva una lesione personale grave o gravissima (primo comma). Se la persona istigata, eccitata o aiutata al suicidio:

è minorenni o inferma di mente, o si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, le pene sono aumentate;

è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio (secondo comma).

Si ricorda che l'art. 580 c.p. va letto oggi alla luce della giurisprudenza della Corte costituzionale che ne ha dichiarato l'incostituzionalità (per violazione degli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost.), nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della [legge n. 219 del 2017](#), ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della sentenza, con modalità equivalenti, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente ([sentenza n. 242 del 2019](#)).

Il disegno di legge riscrive il primo comma dell'articolo 580 c.p., distinguendo, anche sul piano sanzionatorio, da un lato, la condotta della determinazione e del rafforzamento del proposito suicida (punita con la reclusione da 5 a 12 anni nel caso in cui il suicidio avvenga e con la reclusione da uno a 5 anni nel caso in cui il suicidio non avvenga ma derivino una lesione personale grave o gravissima) e, dall'altro, la condotta della agevolazione dell'esecuzione del suicidio (punita con la reclusione da due a sei anni se il suicidio avviene e con la reclusione da sei mesi a due anni nel caso in cui il suicidio non avvenga ma derivi dal tentativo una lesione personale grave o gravissima).

L'**articolo 4** esclude la punibilità ai sensi dell'articolo 580 del codice penale per coloro che direttamente o indirettamente contribuiscano o abbiano contribuito (prima della entrata in vigore della presente legge) a cagionare la morte di uno dei soggetti che possono avere accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore (vedi *infra*).

*Si consideri l'opportunità di valutare la compatibilità della disposizione con quanto stabilito dalla [sentenza](#) della Corte costituzionale n. 242 del 25 settembre-22 novembre 2019, che **ha subordinato la non punibilità di colui che agevola l'esecuzione del proposito suicidario altrui al ricorrere non solo di specifiche condizioni e in conformità a idonea procedura ma anche al fatto che le suddette condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente.***

L'articolo 2 modifica la legge 15 marzo 2010, n. 38, recante disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Il disegno di legge modifica, in primo luogo, l'articolo 2 della legge n. 38, intervenendo sulle definizioni di “**terapia del dolore**” e di “**paziente**”. La proposta di legge:

prevede che la terapia del dolore consista nell'insieme di interventi diagnostici, terapeutici e di accompagnamento fino alla morte volti a individuare e applicare, alle forme morbose croniche, idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi per il controllo e la soppressione del dolore, anche mediante il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, della legge 22 dicembre 2017, n. 219;

reca una nozione ampia di « paziente » (che viene introdotta al posto della parola « malato »): non più soltanto la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, e la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa, ma anche la persona affetta da patologia inguaribile o degenerativa, fisicamente totalmente invalidante, anche non terminale, o con disabilità irreversibile, anche non terminale, connotate da sofferenze fisiche o psichiche costanti, refrattarie ai trattamenti sanitari.

L'articolo 2 interviene poi sull'articolo 8 della legge n. 38, che disciplina la formazione e l'aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore. Conseguentemente alle modifiche definitorie si prevede che l'aggiornamento periodico debba interessare il personale medico, sanitario e socio-sanitario impegnato nella terapia del dolore connesso non solo alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative ma anche a patologie inguaribili o degenerative, fisicamente totalmente invalidanti, anche non terminali, o a disabilità irreversibili, anche non terminali, connotate da sofferenze fisiche o psichiche costanti, refrattarie ai trattamenti sanitari.

Analoga modifica è prevista con riguardo all'ambito di applicazione della **attività di monitoraggio** svolta ai sensi dell'articolo 9 della legge n. 38 dal Ministero della salute.

L'articolo 3 modifica la legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

In particolare l'articolo 2 della legge reca una specifica disciplina in tema di terapia del dolore, sancendo il divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e l'obbligo di rispetto della dignità del malato nella fase finale della vita. A tal fine si prevede che nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

Il disegno di legge modifica la legge n. 219 del 2017 prevedendo la possibilità di effettuare la sedazione palliativa profonda continua fino al sopraggiungere della morte, in favore i soggetti con gravissime patologie o disabilità, irreversibili, inguaribili e totalmente invalidanti, anche non terminali, la cui condizione clinica causa sofferenze refrattarie a qualsiasi trattamento sanitario, eliminando – come precisa la relazione - così un'ingiustificabile disparità di trattamento tra pazienti. L'articolo 3 riconosce inoltre la possibilità per il medico di ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua non solo con il consenso del paziente, ma anche su richiesta dello stesso.

Atto Senato n. 104

Il disegno di legge **A.S. n. 104, di iniziativa dei senatori Bazoli, Mirabelli e altri**, reca disposizioni in materia di "morte volontaria medicalmente assistita", disciplinando la facoltà di richiedere assistenza medica, al fine di porre fine volontariamente ed autonomamente alla propria vita, in presenza di specifici presupposti e condizioni. Il provvedimento, che **riproduce il contenuto dell'A.S. 2553 della passata legislatura**, approvato in prima lettura dalla Camera dei deputati e il cui *iter* d'esame non si concluse in Senato, consta di **undici articoli**.

Più nel dettaglio **l'articolo 1** individua le **finalità dell'intervento legislativo**: disciplinare la facoltà di colui che sia affetto da patologie irreversibili e con prognosi infausta, **o da una condizione clinica irreversibile**, di richiedere **assistenza medica, al fine di porre fine volontariamente ed autonomamente alla propria vita**, in presenza di specifiche condizioni, limiti e presupposti, nel rispetto dei principi della Costituzione, della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

Il provvedimento, dunque, **non disciplina la cosiddetta eutanasia attiva**, nella quale è un terzo (generalmente un medico) a somministrare un farmaco che porta alla morte, ma, in linea con la giurisprudenza della Corte costituzionale, disciplina i presupposti e *l'iter* da seguire per consentire alla persona malata di attivare e condurre autonomamente a termine la procedura che porrà fine alla sua vita, escludendo responsabilità penali per coloro che aiutano e agevolano il malato in questo percorso.

L'**articolo 2** del disegno di legge reca alcune **definizioni** generali, con riferimento alla disciplina introdotta. In particolare è qualificato come "**morte volontaria medicalmente assistita**" il decesso cagionato da un **atto autonomo** con il quale, in esito al percorso disciplinato dalla legge in esame, si pone fine alla propria vita in modo volontario, dignitoso e consapevole, con il supporto e sotto il controllo del Servizio sanitario nazionale, secondo le modalità previste, anche in questo caso, dalla legge in esame (**comma 1**).

Tale atto deve rappresentare il risultato di una volontà attuale, libera e consapevole di un soggetto pienamente capace di intendere e di volere (**comma 2**).

Vengono poi definiti i principi fondamentali ai quali deve conformarsi l'operato delle strutture del Servizio sanitario nazionale (**comma 3**), vale a dire:

- tutela della dignità e dell'autonomia della persona;
- tutela della qualità della vita fino al suo termine;

- adeguato sostegno sanitario, psicologico e socio-assistenziale alla persona malata e alla famiglia.

L'articolo 3 - nel solco tracciato dalla [sentenza n. 242 del 2019](#) della Corte costituzionale (vedi *supra*) - disciplina le **condizioni e i presupposti** che consentono l'accesso alla morte medicalmente assistita. Il **comma 1** specifica che la persona richiedente deve trovarsi nelle seguenti **concomitanti condizioni**:

- aver raggiunto la maggiore età al momento della richiesta;
- essere capace di intendere e di volere e di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli;
- essere adeguatamente informata;
- avere esplicitamente rifiutato o volontariamente interrotto un percorso di cure palliative, intese ad alleviare il suo stato di sofferenza - ai fini del soddisfacimento della condizione in oggetto, la persona deve essere stata previamente coinvolta nella proposta del suddetto percorso.

Inoltre, ai sensi del **comma 2**, la persona richiedente deve anche:

- essere affetta da una patologia attestata, dal medico curante o dal medico specialista che la ha in cura, come irreversibile e con prognosi infausta, oppure essere portatrice di una condizione clinica irreversibile, le quali cagionino sofferenze fisiche e psicologiche che il richiedente trovi assolutamente intollerabili;
- essere tenuta in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente.

Si ricorda che, successivamente alla sentenza della Corte del 2019, è stata oggetto di dibattito interpretativo la nozione di trattamenti di sostegno vitale a cui la sentenza ha fatto riferimento (cfr., al riguardo, nella parte introduttiva della presente nota, il paragrafo relativo al requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale).

L'articolo 4 disciplina i **requisiti e la forma della richiesta di morte volontaria medicalmente assistita**, prevedendo che essa debba essere attuale, informata, consapevole, libera ed esplicita, nonché espressa nelle forme dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata (**comma 1**). Se le condizioni della persona non consentono il rispetto di queste forme, in base al **comma 2** la richiesta può essere espressa e documentata con **videoregistrazione** o qualunque altro dispositivo idoneo che gli consenta di comunicare e manifestare inequivocabilmente la propria volontà, alla presenza di due testimoni e di un pubblico ufficiale che attesti l'autenticità, la data e il luogo di espressione della volontà dell'interessato. La richiesta in oggetto deve essere indirizzata al medico di medicina generale o al medico che ha in cura il paziente; il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, anche ai familiari del medesimo le conseguenze di quanto richiesto e le possibili alternative, e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica (**commi 3 e 4**).

L'articolo 5, conformemente a quanto rilevato dalla Corte costituzionale nella già citata [sentenza n. 242 del 2019](#) (cfr. *supra*), dispone circa le **condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio**.

Il **comma 1** dell'**articolo 5** specifica che la morte volontaria medicalmente assistita deve avvenire nel rispetto della dignità della persona malata e che quest'ultima ha la facoltà di indicare chi debba essere informato nell'ambito della sua rete familiare o amicale e chi possa essere presente all'atto del decesso.

I successivi **commi da 2 a 8** definiscono la **procedura** che i soggetti competenti devono seguire successivamente alla richiesta di morte volontaria medicalmente assistita.

Si prevede in particolare che:

il **medico** che ha ricevuto dal paziente la richiesta di morte volontaria medicalmente assistita (formulata ai sensi dell'**articolo 4**) **redige un rapporto dettagliato e documentato sulle condizioni cliniche e psicologiche** del richiedente e sulle **motivazioni** che hanno determinato la richiesta e **lo trasmette, senza ritardo, al Comitato per la valutazione clinica** (di cui all'**articolo 7**) **territorialmente competente** e all'interessato.

Si rileva in proposito come la disposizione non indichi un termine per la redazione del rapporto.

Per la stesura del rapporto e la valutazione clinica, il medico può avvalersi della **collaborazione di medici specialisti**. Nel rapporto il medico è tenuto a indicare qualsiasi informazione da lui rilevata da cui possa emergere che la richiesta di morte medicalmente assistita non sia libera, consapevole e informata. Il **rapporto**, corredato da copia della richiesta e della documentazione medica e clinica ad essa pertinente, **deve precisare** se la persona richiedente:

è stata adeguatamente informata della propria condizione clinica e della prognosi;

è stata adeguatamente informata dei trattamenti sanitari ancora attuabili e di tutte le possibili alternative terapeutiche;

è a conoscenza del diritto di accedere alle cure palliative e specificare se è già in carico a tale rete di assistenza o se ha esplicitamente rifiutato tale percorso assistenziale;

qualora il medico ritenga che manchino palesemente i presupposti e le condizioni di cui all'articolo 3, non trasmette la richiesta al Comitato per la valutazione clinica, motivando per iscritto la sua decisione al richiedente;

il **Comitato per la valutazione clinica, entro 30 giorni, esprime un parere motivato** sulla esistenza dei presupposti e dei requisiti stabiliti dalla presente legge a supporto della richiesta di morte volontaria medicalmente assistita, e **lo trasmette al medico richiedente ed alla persona interessata**. Ai fini dell'espressione del parere, il Comitato per la valutazione clinica può convocare il medico di riferimento o l'*équipe* sanitaria per una audizione, ed è tenuto a sentire il paziente, anche telematicamente o a mezzo di un proprio delegato, per accertare che la richiesta di morte medicalmente assistita sia stata informata, consapevole e libera (**comma 5**);

nel corso del **periodo che intercorre tra l'invio della richiesta al Comitato per la valutazione clinica e la ricezione del parere** di quest'ultimo da parte del medico richiedente, al paziente è assicurato un supporto medico e psicologico adeguato (**comma 6**);

in caso di parere favorevole del Comitato per la valutazione clinica, il medico richiedente lo trasmette **tempestivamente**, insieme a tutta la documentazione in suo possesso, alla direzione sanitaria dell'azienda sanitaria territoriale o alla direzione sanitaria dell'azienda sanitaria ospedaliera di riferimento, che dovrà attivare le verifiche necessarie a garantire che il decesso avvenga nel rispetto delle modalità di cui al **comma 1**, presso il domicilio del paziente o, laddove ciò non sia possibile, presso una struttura ospedaliera (**comma 7**); tale **procedura** deve essere **consentita anche alle persone prive di autonomia fisica**, mediante l'adozione, nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente, di strumenti, anche tecnologici, che consentano il compimento dell'atto autonomo secondo le disposizioni della presente legge. Inoltre, come specificato dal **comma 10**, il medico presente all'atto

del decesso è in ogni caso tenuto previamente ad accertare, eventualmente avvalendosi della collaborazione di uno psicologo, che persista la volontà di morte volontaria medicalmente assistita e che permangano tutte le condizioni di cui all'**articolo 3**;

nel caso in cui il medico non ritenga di trasmettere la richiesta al Comitato per la valutazione clinica o in caso di parere contrario del medesimo Comitato, resta ferma in ogni caso la possibilità per la persona che abbia richiesto la morte volontaria medicalmente assistita di ricorrere al giudice territorialmente competente, entro il termine di 60 giorni dalla data di ricezione della summenzionata decisione motivata del medico o del parere contrario del Comitato (**comma 8**).

I **commi 9 e 11** chiariscono che la richiesta, la documentazione ed il parere di cui *supra* fanno parte integrante della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico ove già attivato e che il decesso a seguito di morte volontaria medicalmente assistita è equiparato al decesso per cause naturali a tutti gli effetti di legge.

L'**articolo 6** prevede che l'esercente la professione sanitaria non sia tenuto a prendere parte alle procedure per l'assistenza alla morte volontaria medicalmente assistita - fatto salvo l'obbligo di assistenza precedente all'intervento - nel caso di preventiva dichiarazione di **obiezione di coscienza**; per il personale dipendente, la suddetta dichiarazione deve essere comunicata, entro tre mesi dalla data di adozione del regolamento di cui all'articolo 7, al direttore dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera (**commi 1 e 3**). La dichiarazione può essere sempre revocata nonché essere proposta fuori dal termine suddetto, con decorrenza degli effetti, in quest'ultimo caso, solo dopo un mese dalla presentazione (**comma 2**). Gli enti ospedalieri pubblici autorizzati sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dalla disciplina in esame, adottando tutte le misure, anche di natura organizzativa, che si rendano necessarie (**comma 4**).

L'**articolo 7** introduce la figura dei **Comitati per la valutazione clinica presso le aziende sanitarie locali**, demandando ad un regolamento ministeriale l'istituzione degli stessi e la definizione della relativa disciplina; il regolamento è adottato - previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome - con decreto del Ministro della salute, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame - quindi, entro i centottanta giorni successivi alla scadenza del termine di novanta giorni di cui all'articolo 11, comma 1 -. I Comitati devono essere in ogni caso multidisciplinari, autonomi e indipendenti, nonché costituiti da medici specialisti, ivi compresi palliativisti, e da professionisti con competenze cliniche, psicologiche, giuridiche, sociali e bioetiche idonee a garantire il corretto ed efficace assolvimento dei compiti ad essi demandati. I componenti dei Comitati non hanno diritto ad alcun compenso o rimborso di spese.

L'**articolo 8**, con riferimento alle procedure di morte volontaria medicalmente assistita eseguite nel rispetto della disciplina in esame, esclude l'applicabilità al medico, al personale sanitario e amministrativo, nonché a chiunque abbia agevolato il malato nell'esecuzione della procedura, di specifiche fattispecie penali; i reati esclusi sono quello di istigazione o aiuto al suicidio e quello di omissione di soccorso (**comma 1**).

Il successivo **comma 2** contiene una **norma transitoria**, relativa agli eventi di morte medicalmente assistita che abbiano avuto corso prima dell'entrata in vigore della presente legge. Anche per tali casi (ivi comprese le ipotesi in cui sia già intervenuta una sentenza di condanna

passata in giudicato), viene esclusa la punibilità di chiunque abbia agevolato in qualsiasi modo la morte volontaria medicalmente assistita di una persona, qualora al momento del fatto:

ricorressero i presupposti e le condizioni di cui al precedente **articolo 3**;

fosse stata accertata inequivocabilmente la volontà attuale, libera, informata e consapevole della persona richiedente.

L'articolo 9 reca le clausole di invarianza finanziaria.

Il **comma 1** dell'**articolo 10** demanda ad un decreto del Ministro della salute, da emanarsi previa intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, la definizione di alcune misure attuative della disciplina in oggetto; il decreto deve essere emanato entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame - quindi, entro i centottanta giorni successivi alla scadenza del termine di novanta giorni di cui all'**articolo 11**, comma 1 -.

Al suddetto decreto ministeriale è demandata la definizione:

dei requisiti delle strutture del Servizio sanitario nazionale idonee ad accogliere le persone che facciano richiesta di morte volontaria medicalmente assistita;

dei protocolli e delle modalità per la prescrizione, la preparazione, il coordinamento e la sorveglianza della procedura di morte volontaria medicalmente assistita;

delle procedure necessarie ad assicurare il sostegno psicologico alla persona malata e ai suoi familiari;

delle modalità di custodia e di archiviazione in forma digitale delle richieste di morte volontaria medicalmente assistita e di tutta la documentazione ad essa relativa;

delle modalità di un'informazione capillare sulle possibilità offerte dalla legislazione sulle disposizioni anticipate in materia di trattamenti sanitari; delle modalità di monitoraggio e di potenziamento della rete di cure palliative.

Il **comma 2** dello stesso **articolo 10** prevede che il Ministro della salute presenti annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione delle disposizioni di cui al provvedimento in commento.

Il **comma 1** dell'**articolo 11** prevede che la presente legge entri in vigore il novantesimo giorno successivo alla pubblicazione della stessa nella *Gazzetta Ufficiale*, fatto salvo il termine specifico di cui al successivo **comma 3**.

Il **comma 2** prevede che, nelle more della suddetta entrata in vigore, si provveda all'aggiornamento delle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale in relazione a quelle contemplate dal provvedimento in esame e nei limiti delle risorse finanziarie destinate al medesimo Servizio sanitario nazionale dalla legislazione vigente. Al riguardo, il comma fa riferimento - mediante il richiamo dei commi 554 e 559 dell'**articolo 1** della L. 28 dicembre 2015, n. 208 - alle due diverse procedure per la revisione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Il **comma 3** prevede che la disposizione di cui al precedente **comma 2** entri in vigore il giorno successivo alla pubblicazione della presente legge nella *Gazzetta Ufficiale*.

Atto Senato n. 124

Il disegno di legge **A.S. n. 124, di iniziativa della senatrice Pirro e altri**, prevede per ogni soggetto maggiorenne, capace di intendere e volere, **il diritto, a determinate condizioni, al suicidio medicalmente assistito e al trattamento di eutanasia**, nel rispetto dei principi, ivi richiamati, della Costituzione, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e della cosiddetta Convenzione di Oviedo (Convenzione promossa dal Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina).

L'**articolo 2** dell'**A.S. n. 124** in esame definisce: come suicidio medicalmente assistito, la procedura in base alla quale il personale sanitario del Servizio sanitario nazionale fornisce al paziente ogni supporto sanitario e amministrativo necessario per consentirgli di porre fine alla propria vita in modo dignitoso, consapevole, autonomo e volontario; come trattamento eutanasi l'atto con cui un medico del Servizio sanitario nazionale, nell'esercizio delle proprie funzioni, pone fine in modo immediato e privo di sofferenza alla vita di un paziente che, in modo consapevole e volontario, ne abbia fatto esplicita richiesta nelle forme previste dalla presente disciplina.

Ai sensi del successivo **articolo 3**, la persona maggiore di età e capace di intendere e di volere, qualora sia tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale o sia affetto da una condizione clinica irreversibile, ovvero da una patologia a prognosi infausta (non di natura psichiatrica o psicologica), tale da procurargli sofferenze evidenti, insostenibili e irreversibili, può chiedere, in modo inequivocabile e come espressione piena della propria libera autodeterminazione, di sottoporsi al suicidio medicalmente assistito o al trattamento eutanasi. *Si valuti l'opportunità di chiarire se la condizione relativa alle suddette sofferenze riguardi soltanto le patologie a prognosi infausta o anche le altre fattispecie summenzionate.* Si ricorda che la [sentenza](#) della Corte costituzionale n. 242 del 25 settembre-22 novembre 2019, nella dichiarazione di illegittimità dell'assoggettamento di una fattispecie di suicidio medicalmente assistito al delitto di istigazione o aiuto al suicidio, *ha fatto riferimento all'ipotesi di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che la medesima persona reputa intollerabili.* Successivamente alla sentenza della Corte, è stata oggetto di dibattito interpretativo la nozione di trattamenti di sostegno vitale a cui la sentenza ha fatto riferimento (cfr., al riguardo, nella parte introduttiva della presente nota, il paragrafo relativo al requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale).

La richiesta in oggetto è redatta, in base all'**articolo 4, commi 1 e 2**, nelle forme previste dal codice civile per il testamento olografo o, nel caso di impossibilità di tali forme in ragione delle condizioni del paziente, è espressa attraverso videoregistrazione o altri dispositivi idonei; il paziente deve indirizzare la richiesta in oggetto al medico curante o al proprio medico di medicina generale ovvero a un altro medico di propria fiducia (**comma 3** successivo); la richiesta può essere revocata in qualsiasi momento senza requisiti di forma e con ogni mezzo idoneo a palesare la volontà di interrompere la procedura (**comma 4**).

I **commi 1 e 2** dell'**articolo 5** prevedono che il Servizio sanitario nazionale garantisca lo svolgimento delle procedure sanitarie in oggetto presso strutture adeguatamente attrezzate, o, qualora le condizioni del paziente non lo consentano, presso il domicilio di questi, con modalità idonee a non provocare sofferenze e senza alcun abuso in danno di pazienti vulnerabili; il successivo **articolo 6** prevede che tali procedure siano svolte gratuitamente, essendo ivi inquadrate come livelli essenziali di assistenza privi di compartecipazione alla spesa da parte del paziente, e che le medesime siano effettuate esclusivamente nelle strutture sanitarie pubbliche e

private, convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, che erogino anche cure palliative. *Si valuti l'opportunità di un coordinamento con l'ipotesi suddetta dello svolgimento della procedura presso il domicilio del paziente.* Si ricorda che la suddetta [sentenza](#) della Corte costituzionale n. 242 del 2019, nella dichiarazione di illegittimità dell'assoggettamento di una fattispecie di suicidio medicalmente assistito al delitto di istigazione o aiuto al suicidio, ha posto la condizione della verifica dei presupposti e delle modalità della procedura da parte di una struttura **pubblica** del Servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente. Al riguardo, *si valuti l'opportunità di chiarire il ruolo di garanzia del Servizio sanitario nazionale*, a cui fa riferimento l'**articolo 5, comma 1**, con particolare riguardo alle ipotesi di svolgimento delle procedure in oggetto nelle summenzionate strutture private convenzionate.

Il paziente può indicare le persone che devono essere informate della procedura e quelle che possono assistere alla medesima (**comma 2** citato dell'**articolo 5**).

Il medico che ha ricevuto la richiesta deve redigere un rapporto – corredato del suo parere e della documentazione prevista nel **comma 3** dell'**articolo 5** – relativo alle condizioni cliniche del paziente nonché ai requisiti di informazione e di consapevolezza del paziente previsti nel successivo **comma 4**. *Si rileva che non viene stabilito un termine per la redazione del rapporto.*

Il **comma 6** dell'**articolo 5** specifica che il medico nel corso delle procedure è tenuto ad accertare che persista la volontà del paziente e che permangano i relativi presupposti e condizioni, mentre i **commi 5 e 7** recano norme di coordinamento e di chiusura, con riferimento alla cartella clinica, al fascicolo sanitario elettronico e alla qualificazione del decesso (il quale viene giuridicamente equiparato a quello per cause naturali).

L'**articolo 7** prevede che il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie possa dichiarare obiezione di coscienza (dichiarazione sempre revocabile), al fine dell'esonero dalla partecipazione alle procedure in oggetto; l'esonero non concerne l'assistenza antecedente e conseguente alle procedure. L'**articolo** stabilisce i termini temporali per la dichiarazione, distinguendo tra la fase di prima applicazione e quella a regime.

Il **comma 1** dell'**articolo 8** esclude dall'ambito del delitto di istigazione o aiuto al suicidio i soggetti che abbiano concorso alle procedure in oggetto, effettuate nel rispetto della presente disciplina, o che abbiano agevolato lo svolgimento delle medesime. Il successivo **comma 2** disciplina l'esclusione dalla punibilità per i casi corrispondenti già verificatisi, ivi compresi quelli oggetto di sentenze di condanna passate in giudicato. Considerato che il disegno di legge in esame concerne anche i trattamenti eutanasi (come definiti dall'**articolo 2**), *si valuti l'opportunità di far riferimento anche ai delitti di omicidio e di omicidio del consenziente.*

Il **comma 1** dell'**articolo 9** prevede l'adozione di un regolamento ministeriale attuativo della presente disciplina; il regolamento è emanato previa intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e concerne in particolare i profili individuati nelle **lettere da a) ad e)** del suddetto **comma**.

Il successivo **comma 2** demanda a un decreto del Ministro della salute la definizione, sentito il Consiglio superiore di sanità, delle linee guida per la corretta effettuazione delle procedure in oggetto.

Il **comma 3** prevede la presentazione annuale alle Camere – da parte del Ministro della salute – di una relazione sullo stato di attuazione della presente disciplina.

Atto Senato n. 570

Il disegno di legge **A.S. n. 570, di iniziativa del senatore De Cristofaro e altri**, prevede per ogni soggetto maggiorenne, capace di intendere e volere, **il diritto, a determinate condizioni, al trattamento di eutanasia** (definito dal disegno di legge anche come morte volontaria medicalmente assistita), nel rispetto dei principi, ivi richiamati, della Costituzione, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e della cosiddetta Convenzione di Oviedo (Convenzione promossa dal Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina).

L'**articolo 2** dell'**A.S. n. 570 in esame** definisce il suddetto trattamento come la pratica di autosomministrazione, sotto supervisione medica, di farmaci aventi lo scopo di provocare la morte immediata e indolore al paziente che presti il suo consenso, o la diretta somministrazione, da parte del personale medico al consenziente, di farmaci aventi lo scopo di provocare la morte immediata e indolore.

Il diritto di richiedere tale trattamento viene riconosciuto, in base al successivo **articolo 3**, al paziente, maggiore di età e capace di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli, nel caso di sofferenze fisiche o psichiche insostenibili e irreversibili, o nel caso di una patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta. Si ricorda che la [sentenza](#) della Corte costituzionale n. 242 del 25 settembre-22 novembre 2019, nella dichiarazione di illegittimità dell'assoggettamento di una fattispecie di suicidio medicalmente assistito al delitto di istigazione o aiuto al suicidio, *ha fatto riferimento all'ipotesi* di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che la medesima persona reputa intollerabili.

La richiesta in oggetto è espressa (**articolo 4, commi 1 e 2**) nelle forme dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata, o verbalmente al medico di medicina generale o a quello che ha in cura il paziente (con redazione di verbale, avente valore di atto pubblico, da parte del medico) – oppure, se le condizioni del paziente non permettono tali forme, mediante videoregistrazione, o altro dispositivo idoneo, alla presenza di due testimoni e di un pubblico ufficiale –.

La richiesta è indirizzata al medico di medicina generale o al medico che ha in cura il paziente (**comma 3** successivo); il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, anche ai suoi familiari le conseguenze di quanto richiesto e le possibili alternative, e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica (**comma 4**).

Il decesso a seguito della procedura in oggetto viene giuridicamente equiparato – dal **comma 5** dell'**articolo 4** – al decesso per cause naturali; tale norma è ripetuta nel successivo **articolo 5, comma 10**; *si valuti, al riguardo, l'esigenza di un coordinamento redazionale*.

In base ai **commi 2, 3 e 4** dell'**articolo 5**, il medico che ha ricevuto la suddetta richiesta redige un rapporto (corredato della documentazione prevista nel **comma 2**), avvalendosi eventualmente della collaborazione di medici specialisti; il rapporto concerne le condizioni cliniche e psicologiche e le motivazioni del richiedente, nonché i requisiti di informazione e di consapevolezza di quest'ultimo previsti nel **comma 3**. *Si rileva che non viene stabilito un termine per la redazione del rapporto*. Il rapporto è trasmesso senza ritardo al Comitato per la valutazione clinica (di cui al successivo **articolo 7**) territorialmente competente e all'interessato, ad eccezione dell'ipotesi in cui il medico ritenga che manchino palesemente i presupposti e le condizioni di cui all'**articolo 3**. In quest'ultimo caso, il medico motiva per iscritto la sua decisione al richiedente (*senza trasmettere un rapporto al Comitato*) (**comma 4** citato).

In base al **comma 5** dello stesso **articolo 5**, il Comitato per la valutazione clinica esprime, secondo la procedura ivi prevista, un parere motivato sulla sussistenza dei presupposti e dei requisiti per il trattamento eutanasi e lo trasmette al medico richiedente e alla persona interessata. Nel corso del periodo intercorrente tra l'invio della richiesta al Comitato e la ricezione del parere di quest'ultimo da parte del medico richiedente, al paziente è assicurato un supporto medico e psicologico adeguato (**comma 6**).

Nei casi in cui il medico non ritenga di trasmettere la richiesta al Comitato per la valutazione clinica o in caso di parere contrario dello stesso Comitato, resta ferma la possibilità di ricorrere al giudice cautelare territorialmente competente (**comma 4** citato dell'**articolo 5**).

Ai sensi del **comma 7**, qualora il parere del suddetto Comitato sia favorevole, il medico richiedente lo trasmette tempestivamente, insieme a tutta la documentazione in suo possesso, alla direzione sanitaria dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera di riferimento, che deve attivare le verifiche necessarie a garantire che il decesso avvenga nel rispetto delle modalità di cui al **comma 1**; quest'ultimo pone i principi del rispetto della dignità del richiedente e dell'esclusione della determinazione di ulteriori sofferenze o di abusi e attribuisce al richiedente la facoltà di indicare i soggetti che (nell'ambito della sua rete familiare o amicale) devono essere informati e i soggetti che possono essere presenti all'atto del decesso. La procedura di eutanasi (oggetto di tale verifica preventiva) deve svolgersi presso il domicilio del paziente o, laddove ciò non sia possibile, presso una struttura ospedaliera; la suddetta direzione sanitaria deve altresì attivare la verifica preventiva che il compimento dell'atto autonomo sia consentito alle persone prive di autonomia fisica, mediante l'adozione, nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente, di strumenti, anche tecnologici (**comma 7** citato); a quest'ultimo riguardo, si ricorda che il precedente **articolo 2** prevede anche la modalità di diretta somministrazione, da parte del personale medico al consenziente, di farmaci letali; *si valuti l'opportunità di un coordinamento*.

Il **comma 8** dell'**articolo 5** pone una norma di coordinamento, con riferimento alla cartella clinica e al fascicolo sanitario elettronico, mentre il **comma 9** specifica che il medico presente all'atto del decesso è tenuto previamente ad accertare, eventualmente avvalendosi della collaborazione di uno psicologo, che persista la volontà del trattamento eutanasi e che permanano tutte le condizioni di cui all'**articolo 3**.

Il **comma 1** dell'**articolo 6** esclude dall'ambito dei delitti di omicidio, di omicidio del consenziente, di istigazione o aiuto al suicidio e di omissione di soccorso i soggetti che abbiano praticato o agevolato i trattamenti eutanasi nel rispetto della presente disciplina e in particolare delle condizioni di quest'ultima richiamate dal medesimo **comma 1**.

Il successivo **comma 2** dispone che le strutture sanitarie pubbliche garantiscano il rispetto della volontà manifestata ai sensi del precedente **articolo 4**; in caso contrario, oltre alle conseguenze penali o civili ravvisabili, la struttura sanitaria pubblica è tenuta, al risarcimento del danno, morale e materiale, provocato. *Il presente disegno di legge non reca norme sull'obiezione di coscienza del personale*.

Il **comma 1** dell'**articolo 7** demanda a un regolamento ministeriale, da adottarsi previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, l'istituzione dei Comitati per la valutazione clinica presso le aziende sanitarie locali, nonché la definizione della relativa disciplina.

Tali Comitati, secondo il successivo **comma 2**, sono multidisciplinari, autonomi e indipendenti, e sono costituiti da medici e professionisti aventi le competenze ivi previste. Il **comma 3** esclude qualsiasi tipo di emolumento o rimborso per i componenti dei Comitati.

Il **comma 4** prevede la presentazione annuale alle Camere – da parte del Ministro della salute – di una relazione sullo stato di attuazione della presente disciplina.

Atto Senato n. 1083

Il disegno di legge **A.S. n. 1083, di iniziativa dei senatori Paroli, Zanettin ed altri**, propone all'**articolo 1**, tramite l'aggiunta di un comma nell'articolo 580 c.p., una diversa articolazione della misura della pena per il reato di istigazione o aiuto al suicidio, prevedendo limiti minimi e massimi più bassi per i casi che rientrino nelle seguenti concomitanti condizioni: il fatto sia commesso nei confronti di persona tenuta in vita esclusivamente per mezzo di strumenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di intollerabile sofferenza; l'autore conviva stabilmente con il malato e agisca in stato di grave turbamento, determinato dalla sofferenza altrui. In presenza delle predette condizioni, è comminata al convivente autore del fatto la pena della reclusione da sei mesi a due anni (si ricorda che, in base al testo vigente dell'articolo 580-*bis* c.p., per l'istigazione/aiuto al suicidio è prevista la pena della reclusione da cinque a dodici anni se il suicidio ha luogo oppure, se il suicidio non avviene, la pena della reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima; in casi particolari le pene predette sono aumentate; inoltre, se la persona istigata o eccitata o aiutata al suicidio è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio). L'individuazione del trattamento sanzionatorio applicabile al non convivente che eventualmente concorra con il convivente nel reato in questione è demandata all'interprete⁵.

Nell'ambito della relazione di accompagnamento del disegno di legge, in merito alla disposizione in esame, si osserva che “La posizione del convivente, familiare in senso formale o no, è evidentemente diversa da quella di altri e tollera un trattamento distinto e una sanzione meno grave, pur mantenendosi il giudizio negativo dell'ordinamento”.

Perché sia applicabile il più mite trattamento sanzionatorio previsto dall'articolo in disamina, pertanto, è tra l'altro necessario che gli unici mezzi da cui dipenda la permanenza in vita del malato siano “strumenti di sostegno vitale”, dei quali non è fornita una definizione⁶. Inoltre, sul piano letterale, la sofferenza rilevante ai fini della fattispecie in esame è quella “altrui” e non specificatamente quella del malato. *Si valuti l'opportunità di approfondire questi aspetti. Si valuti, inoltre, la compatibilità della disposizione in esame con quanto stabilito dalla citata sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 25 settembre-22 novembre 2019, che ha disposto, in generale, la non punibilità di colui che agevola l'esecuzione del proposito suicidario altrui, al ricorrere di specifici condizioni sostanziali e presupposti procedurali.*

⁵ Si ricorda che, in base all'art. 117 c.p., se, per le condizioni o le qualità personali del colpevole, o per i rapporti fra il colpevole e l'offeso, muta il titolo del reato per taluno di coloro che vi sono concorsi, anche gli altri rispondono dello stesso reato. Nondimeno, se questo è più grave, il giudice può, rispetto a coloro per i quali non sussistano le condizioni, le qualità o i rapporti predetti, diminuire la pena.

⁶ Si ricorda che, successivamente alla sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 25 settembre-22 novembre 2019, è stata oggetto di dibattito interpretativo la nozione di trattamenti di sostegno vitale a cui la sentenza ha fatto riferimento (cfr., al riguardo, nella parte introduttiva della presente nota, il paragrafo relativo al requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale).

Il disegno di legge, all'**articolo 2**, reca le seguenti modifiche alla legge sul consenso informato e le disposizioni anticipate in materia di trattamenti sanitari (L. 22 dicembre 2017, n. 219): dal possibile ambito delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) sono escluse la nutrizione e l'idratazione artificiali, che pur se garantite attraverso ausili tecnici sono espressamente escluse dal novero dei trattamenti sanitari (comma 1, lettera *a*), numero 1); si introduce la possibilità, per i medici e gli altri esercenti professioni sanitarie, di presentare una dichiarazione di obiezione di coscienza nelle ipotesi in cui il rispetto delle DAT contrasti con la deontologia professionale o con le buone pratiche socio-assistenziali (comma 1, lettera *a*), numero 2 e comma 1, lettera *d*), numero 1); dall'ambito applicativo della legge sono escluse le strutture sanitarie private⁷ (comma 1, lettera *a*), numero 3); si prevede espressamente non solo la garanzia di un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative, ma anche la garanzia di "presa in carico" del paziente, a tale fine, da parte del Servizio sanitario nazionale⁸ (comma 1, lettera *b*), numero 1); si riformula la previsione del ricorso alla sedazione palliativa profonda continua, ricorso che può avvenire in presenza di sintomi refrattari ai trattamenti sanitari, i quali - come specifica il disegno di legge - devono essere accertati e monitorati dagli esperti in cure palliative che hanno preso in carico il paziente (comma 1, lettera *b*), numero 2); si prevede che le informazioni ai minori e agli incapaci sulle scelte relative alla salute debbano essere consone non solo alla capacità, ma anche all'età (comma 1, lettera *c*), numero 1); si precisa che, in caso di controversia sul trattamento sanitario in assenza di DAT, nelle situazioni di emergenza o di urgenza che impediscono di attendere la pronuncia del giudice, il medico e i componenti dell'équipe sanitaria garantiscono i trattamenti e le cure necessari (comma 1, lettera *c*), numero 2); si semplificano le modalità di revoca delle DAT in condizioni di emergenza e urgenza, escludendo che la relativa dichiarazione verbale debba essere resa, come ora previsto, con l'assistenza di due testimoni: per effetto di questa modifica basta che tale dichiarazione sia raccolta o videoregistrata da un medico (comma 1, lettera *d*), numero 2).

Si segnala l'opportunità di approfondire le implicazioni giuridiche dell'esclusione delle strutture sanitarie private dall'ambito applicativo della legge 217/2019, tenuto conto dei molteplici aspetti disciplinati da tale legge (v. sopra nell'ambito dell'Introduzione).

a cura di Carmen Andreuccioli, Silvio Biancolatte e Mario Bracco

La documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica è destinata alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari. Si declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge. I contenuti originali possono essere riprodotti, nel rispetto della legge, a condizione che sia citata la fonte.

⁷ Nella relazione di accompagnamento del presente ddl si osserva che questa disposizione si pone "in linea con il rispetto dovuto alle strutture sanitarie che hanno già manifestato serie difficoltà nell'attuazione della legge n. 219 del 2017 a causa della loro ispirazione religiosa", escludendo "come è doveroso, la cogenza di tali disposizioni per le strutture sanitarie private".

⁸ La relazione di accompagnamento del presente ddl evidenzia che questa modifica "punta a rendere effettivo il ricorso alle cure palliative, come già previsto dall'articolo 2 della legge n. 219 del 2017 e come è stato richiesto dalla Consulta, con la presa in carico del paziente da parte del Servizio sanitario nazionale al fine di praticare un'appropriata terapia del dolore".