dossier

19 aprile 2022

Disegni di legge relativi al "fine vita"

(A.S. n. 2553, trasmesso dalla Camera dei deputati, A.S. n. 191, A.S. n. 900, A.S. n. 912, A.S. n. 966, A.S. n. 1464, A.S. n. 1494, A.S. n. 2237)

XVIII LEGISLATURA

Senato della Repubblica

Camera dei deputati

Senato della Repubblica

SERVIZIO STUDI
TEL. 06 6706-2451 - ✉ studi1@senato.it - @SR_Studi

Dossier n. 540

Camera dei deputati

SERVIZIO STUDI
Dipartimento Giustizia
Tel. 066760-9148 st_giustizia@camera.it - @CD_giustizia
Dipartimento Affari sociali
Tel. 06 6760-3266 st_affarisociali@camera.it - @CD_sociale

Progetti di legge n. 90/2

La documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati 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.

I N D I C E

SCHEDE DI LETTURA DELL'A.S. N. 2553, TRASMESSO DALLA CAMERA DEI DEPUTATI 5
Introduzione 7
Breve sintesi dell'A.S. n. 2553 7
La sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019 7
La legge n. 219 del 2017 10
Articolo 1 *(Finalità)* 13
Articolo 2 *(Definizione)* 15
Articolo 3 *(Presupposti e condizioni)* 17
Articolo 4 *(Requisiti e forma della richiesta)* 19
Articolo 5 *(Modalità)* 21
Articolo 6 *(Obiezione di coscienza e Attuazione delle misure da parte delle strutture sanitarie pubbliche)* 25
Articolo 7 *(Comitati per la valutazione clinica)* 29
Articolo 8 *(Esclusione della punibilità)* 31
Articolo 9 *(Clausole di invarianza finanziaria)* 35
Articolo 10 *(Disposizioni finali)* 37
Articolo 11 *(Entrata in vigore ed ulteriori disposizioni finali)* 39
Sintesi dell'A.S. n. 191, dell'A.S. n. 900, dell'A.S. n. 912, dell'A.S. n. 966, dell'A.S. n. 1464, dell'A.S. n. 1494, dell'A.S. n. 2237 41

SCHEDE DI LETTURA DELL'A.S. N. 2553, TRASMESSO DALLA CAMERA DEI DEPUTATI

Introduzione

Breve sintesi dell'A.S. n. 2553

Il **disegno di legge A.S. n. 2553**, approvato dalla Camera dei deputati in prima lettura il 10 marzo 2022, reca disposizioni in materia di "morte volontaria medicalmente assistista", 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.** A tal fine, il testo individua altresì i **requisiti e la forma** della richiesta, nonché le **modalità** con le quali può avvenire la morte volontaria medicalmente assistita. Si prevede inoltre **l'esclusione della punibilità** per il medico, il personale sanitario e amministrativo nonché per chiunque abbia agevolato il malato nell'esecuzione della procedura di morte volontaria medicalmente assistita cui si sia dato corso **nel rispetto delle disposizioni di legge**. Specifiche disposizioni concernono inoltre l'obiezione di coscienza del personale sanitario e l'istituzione dei Comitati per la valutazione clinica presso le aziende sanitarie territoriali.
Il tema della liceità dell'agevolazione dell'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da patologia irreversibile è stato oggetto di intervento della Corte costituzionale. La Corte ha dapprima formulato un monito "a tempo" al Parlamento, affinché lo stesso intervenisse su una tematica in cui è presente "*l'incrocio di valori di primario rilievo, il cui compiuto bilanciamento presuppone, in via diretta ed immediata, scelte che anzitutto il legislatore è abilitato a compiere*" (ordinanza n. 207 del 2018), e poi ha dichiarato l'incostituzionalità della fattispecie penale dell'aiuto al suicidio (art. 580 c.p.) nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con determinate modalità, 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). Dichiarando l'incostituzionalità, la Corte ha contestualmente ribadito «con vigore l'auspicio che la materia formi oggetto di sollecita e compiuta disciplina da parte del legislatore, conformemente ai principi precedentemente enunciati».

La sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019

Come è noto, sul tema della morte volontaria medicalmente assistita, con specifico riguardo alla **fattispecie dell'aiuto al suicidio** di cui all'articolo 580 del codice penale, è intervenuta la 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 essa 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 tale evenienza, 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».
Trascorso il tempo indicato nell'ordinanza, 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 Parlamento, 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".

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,** 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 procedimentali 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 procedimentali "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 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".

Articolo 1
(Finalità)

In base all'**articolo 1**, il presente disegno di legge è volto a 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, nel solco della 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.

Articolo 2
(Definizione)

L'**articolo 2** ha una funzione **definitoria**, qualificando come "morte volontaria medicalmente assistita" il decesso cagionato da un **atto autonomo** con il quale, in esito al percorso disciplinato dalla legge in commento, 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 agli **articoli 4 e 5** (**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.

Articolo 3
(Presupposti e condizioni)

L'**articolo 3** disciplina le **condizioni e i presupposti** che consentono l'accesso alla morte medicalmente assistita. In premessa, si ricorda che la sentenza n. 242 del 2019 della Corte Costituzionale ha reso non più punibile chi "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".
Partendo da quanto stabilito dalla Corte Costituzionale nella citata sentenza, la disposizione in esame chiarisce pertanto 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 -;
- 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.

Sulla **nozione di trattamento di sostegno vitale** si rammenta la sentenza della Corte di Assise di Massa del 27 luglio 2020 (dep. 2 settembre 2020), nel processo riguardante Marco Cappato e Wihelmine Schett, accusati del reato di agevolazione e aiuto al suicidio nei confronti di Davide Trentini, malato dal 1993 di sclerosi multipla a decorso progressivo e morto presso una clinica svizzera il 13 aprile 2017. La sentenza rinvia alla disciplina di cui alla legge n. 219 del 2017, nella parte in cui riconosce al paziente il diritto di rifiutare e interrompere qualsiasi "trattamento sanitario". Secondo la Corte di Assise, tale locuzione, di portata generale, è idonea a ricomprendere ogni intervento "realizzato con terapie farmaceutiche o con l'assistenza di personale medico o paramedico o con l'ausilio di macchinari medici". La conseguenza, ai fini dell'interpretazione è che "la dipendenza da trattamenti di sostegno vitale non significa necessariamente ed esclusivamente dipendenza da una macchina", possono anzi venire in rilievo tutti i

trattamenti sanitari "interrompendo i quali si verificherebbe la morte del malato anche in maniera non rapida".

Cure palliative e terapia del dolore

La legge 15 marzo 2010 n. 38 garantisce l'accesso, nell'ambito dei LEA, alle cure palliative e alla terapia del dolore al fine di assicurare cure e assistenza nelle fasi finali della vita, nel rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza. Dalla approvazione della legge n. 38 sono stati adottati provvedimenti attuativi relativi a: sviluppo e accreditamento delle reti di cure palliative; - caratterizzazione delle cure palliative nei LEA; - identificazione dei codici di disciplina ospedaliera in cure palliative e in terapia del dolore; - certificazione della esperienza per i medici "senza specializzazione"; - sviluppo del percorso della formazione universitaria attraverso l'istituzione di master; - istituzione della scuola di specializzazione in "Medicina e cure palliative". Per un approfondimento si rinvia al volume Legge 15 marzo 2010 n. 38 e provvedimenti attuativi. Raccolta normativa a cura del Ministero della salute.

Preme qui ricordare l'**ultimo intervento** in materia di cure palliative operato dall'art. 35, commi da 2-*bis* a 2-*quinquies*, del decreto legge n. 73 del 2021 (c.d. Sostegni *bis*) che ha definito un **programma triennale per l'attuazione della legge n. 38.** Più precisamente**,** il Ministero della salute, previa istruttoria dell'Agenas da concludersi entro il 2021, è stato impegnato ad effettuare una ricognizione delle attività svolte dalle singole Regioni e Province autonome e ad elaborare un programma triennale per l'attuazione della legge n. 38, al fine di assicurare, entro il 31 dicembre 2025, l'uniforme erogazione dei livelli di assistenza in tutto il territorio nazionale, fissando per ciascuna regione e provincia autonoma i relativi obiettivi. L'attuazione di detto programma da parte di Regioni e Province autonome costituisce un adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN ai sensi della normativa vigente. Le Regioni a statuto speciale e le Province autonome dovranno produrre periodicamente una relazione al Comitato permanente per l'erogazione dei LEA sullo stato di attuazione di detto programma triennale. Inoltre, entro la prima metà del 2022, previa istruttoria dell'Agenas, con decreto interministeriale Salute- MEF, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni e Province autonome, sono definite le tariffe nazionali massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di cure palliative in ambito domiciliare, residenziale e *hospice*, coerentemente con la cornice economico-finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale. I predetti adempimenti devono essere attuati da parte delle amministrazioni interessate senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Si prevede infine che, in caso di mancata attuazione del programma triennali nei predetti termini, si applichi la procedura per l'esercizio del potere sostitutivo di cui all'art. 8 della legge n. 131 del 2003.

Articolo 4
(Requisiti e forma della richiesta)

L'**articolo 4** delinea, al **comma 1**, le caratteristiche della **richiesta** di morte volontaria medicalmente assistita, prevedendo che essa debba essere:

- **attuale**. A garanzia dell'attualità, il disegno di legge prevede che la richiesta possa essere revocata in qualsiasi momento, senza requisiti di forma e con ogni mezzo idoneo a palesarne la volontà;
- **informata**;
- **consapevole**;
- **libera**. I requisiti della libertà e della consapevolezza della decisione, oltre che del carattere informato della scelta, sono richiesti dalla Corte costituzionale (ord. n. 207 del 2018 e sent. n. 242 del 2019);
- **esplicita**. In particolare, la proposta prevede che la richiesta debba essere manifestata per iscritto, nelle forme dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata. 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.

L'art. 1, comma 5, della legge n. 219 del 2017, relativo all'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale, prevede che la relativa richiesta debba avere le forme indicate - per il consenso informato - dal comma 4 e che dunque debba essere acquisita nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, debba essere documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare.

Il **comma 3** prevede che la richiesta possa essere indirizzata, «nel rispetto della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico» (terminologia mutuata dall'art. 1 della legge n. 219 del 2017), alternativamente:

- al medico di medicina generale;
- al medico che ha in cura il paziente.

In base al **comma 4** (e con disposizione identica a quella prevista dall'art. 1, comma 5 della legge n. 219 del 2017), ricevuta la richiesta, il medico:

- prospetta al paziente le conseguenze di quanto richiesto e le possibili alternative. Se il paziente è d'accordo, in questa fase possono essere coinvolti anche i familiari;
- promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica.

Articolo 5
(Modalità)

L'**articolo 5**, conformemente a quanto rilevato dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242 del 2019 (cfr. *supra*), dispone circa le condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio. Si ricorda che la suddetta sentenza afferma che "la verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio deve restare peraltro affidata - in attesa della declinazione che potrà darne il legislatore - a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale. A queste ultime spetterà altresì verificare le relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze".
In merito alle suddette condizioni e modalità, l'**articolo 5**, al **comma 1**, chiarisce che la persona richiedente ha la facoltà di indicare chi deve essere informato nell'ambito della sua rete familiare o amicale e chi può essere presente all'atto del decesso.
I **commi da 2 a 8** prevedono 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 su**lle **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 che non viene indicato un termine temporale 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.

Una **primissima richiesta di applicazione dei principi affermati dalla Consulta con la sentenza n. 242 del 2019** è da ricercare nella vicenda che ha coinvolto un malato

tetraplegico residente nelle Marche, il quale ha avviato un **procedimento d'urgenza presso il Tribunale di Ancona ex art. 700 c.p.c**., affinché l'azienda sanitaria competente (Azienda sanitaria unica regionale Regione Marche - **Asur Marche**) **accertasse** e ove vi fossero, previo parere del Comitato Etico, dichiarasse la **sussistenza delle condizioni previste dalla sentenza della Corte costituzionale** (si veda *supra*) **per accedere alle procedure per la morte medicalmente assistita**. Nel procedimento di urgenza si richiedeva inoltre che fosse verificato il protocollo farmacologico individuato nel farmaco Tiopentone sodico nella quantità di 20 grammi, per poterne disporre a seguito di prescrizione medica (per la vicenda processuale si rinvia alla ordinanza di rigetto del Tribunale di Ancona del 26 marzo 2021. Successivamente, in seguito al ricorso per Reclamo ex art. 669-*terdecies* c.p.c., i giudici del Tribunale di Ancona, in composizione collegiale, emanavano, il 9 giugno 2021, decisione in integrale riforma dell'ordinanza reclamata, con l'accoglimento delle domande già formulate al primo giudice sentenze).
Il Comitato dell'Azienda sanitaria unica regionale delle Marche, il 9 novembre 2021, ha espresso il parere richiesto e, a seguito di verifica delle condizioni del richiedente tramite una gruppo di medici specialisti nominati dall'ASUR, ha confermato che lo stesso è in possesso dei requisiti per l'accesso alla morte volontaria medicalmente assistita (essere tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale; essere affetto da patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili dal medesimo ritenute insopportabili; essere pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli; aver rifiutato - fattispecie considerata legittima dalla sentenza n. 242 - di ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, come previsto dall'art. 2, comma 2, della legge n. 38 del 2010). Inoltre, relativamente alla modalità, alla metodica e al farmaco, il Comitato Etico rileva di non poter fornire una valutazione adeguata che tale procedura soddisfi il fine ultimo di garantire la morte più rapida, indolore e dignitosa possibile e di ritenere di non essere di propria competenza indicare le modalità alternative.
A seguito del parere del Comitato etico, la Regione Marche, con un comunicato del 23 novembre 2021, chiarisce che sarà il Tribunale di Ancona a decidere se il paziente tetraplegico di 43 anni potrà avere diritto al suicidio medicalmente assistito.

Articolo 6
(Obiezione di coscienza e Attuazione delle misure da parte delle strutture sanitarie pubbliche)

Il **comma 1** dell'**articolo 6** prevede che **l'esercente la professione sanitaria**[1] **non sia tenuto a prendere parte alle procedure per l'assistenza alla morte volontaria medicalmente assistita** (come disciplinate dal provvedimento in commento) quando sollevi **obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione**. La dichiarazione dell'obiettore 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, nel caso di personale dipendente.

Il Comitato nazionale per la bioetica - CNB ha sottolineato che "l'obiezione di coscienza in bioetica è un diritto costituzionalmente fondato (con riferimento ai diritti inviolabili dell'uomo), costituisce un'istituzione democratica, in quanto preserva il carattere problematico delle questioni inerenti alla tutela dei diritti fondamentali senza vincolarle in modo assoluto al potere delle maggioranze, e va esercitata in modo sostenibile", da queste conclusioni, derivano anche alcune raccomandazioni: nella tutela dell'obiezione di coscienza, che discende dal suo essere costituzionalmente fondata, si devono prevedere misure adeguate a garantire l'erogazione dei servizi, con attenzione a non discriminare né gli obiettori né i non obiettori, e quindi un'organizzazione delle mansioni e del reclutamento che possa equilibrare, sulla base dei dati disponibili, obiettori e non (sul punto, si veda il documento del 2012 del CNB Obiezione di coscienza e bioetica).

Ai sensi del **comma 2**, l'**obiezione** può essere **sempre revocata** nonché essere **proposta al di fuori dei termini** indicati, ma in quest'ultimo caso la dichiarazione produce effetto solo dopo un mese dalla sua presentazione.
Il **comma 3** stabilisce che l'obiezione di coscienza esonera l'esercente la professione sanitaria dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente dirette al suicidio e non dall'assistenza antecedente all'intervento.
Ai sensi del **comma 4**, gli **enti ospedalieri pubblici autorizzati sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure** previste dal provvedimento in esame, adottando tutte le misure, anche di natura organizzativa, che si rendano necessarie; **la regione controlla e garantisce l'attuazione delle suddette procedure e misure.** *Si valuti l'opportunità di chiarire la locuzione "enti ospedalieri pubblici autorizzati"*, considerato che il disegno di legge fa in generale riferimento alle aziende sanitarie locali e alle aziende ospedaliere.
Si rammenta che, alla luce del nuovo indirizzo applicativo approvato dal Comitato Centrale il 23 gennaio 2020, il Consiglio nazionale della Federazione degli Ordini dei

[1] Si ricorda che l'ambito delle professioni sanitarie comprende i soggetti iscritti agli albi professionali degli ordini: dei medici-chirurghi e degli odontoiatri; dei veterinari; dei farmacisti; dei biologi; dei fisici e dei chimici; delle professioni infermieristiche; della professione di ostetrica; dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione; degli psicologi.

Medici ha approvato, all'unanimità, il 6 febbraio 2020, la **modifica dell'art. 17 del Codice di Deontologia medica "Atti finalizzati a provocare la morte"**.
Il nuovo art. 17 adegua il Codice deontologico alla sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale che ha individuato un'area di possibile non punibilità in chi "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". La formulazione dell'art. 17 è attualmente la seguente: "il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte. La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare".

Obiezione di coscienza in sanità

In ambito sanitario, l'obiezione di coscienza è prevista da:
- **art. 9 della legge n. 194 del 1978** contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). Come rilevato nell'ultima relazione al Parlamento sull'IVG riferita ai dati 2018, il Ministero della Salute, al fine di approfondire quale sia l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario può avere rispetto alla disponibilità di accesso al servizio IVG da parte delle donne e rispetto al carico di lavoro degli operatori sanitari non obiettori, effettua un monitoraggio specifico, acquisendo dalle Regioni i dati di dettaglio a livello di singola struttura ospedaliera, e calcola uno specifico indicatore che rappresenta il carico di lavoro settimanale medio per ciascun ginecologo non obiettore che effettua l'IVG. Nel 2018, la quota di obiezione di coscienza risulta elevata, specialmente tra i ginecologi (69,0% rispetto al 68,4% dell'anno precedente). Tra gli anestesisti la percentuale di obiettori è più bassa, con un valore nazionale pari a 46,3%, in lieve aumento rispetto all'anno precedente (45,6%). Ancora inferiore, rispetto ai medici e agli anestesisti, è la proporzione di personale non medico pari al 42,2% che ha presentato obiezione nel 2018. Per tutte e tre le categorie professionali i dati rilevati dal Sistema di Sorveglianza evidenziano una significativa variabilità per area geografica e per Regione. Si sottolinea che, secondo quanto indicato nell'art.9 della Legge 194/78, "gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'art.7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5,7 e 8." Il controllo e la garanzia che ciò si verifichi è affidato alle Regioni. Inoltre, il personale deve ricordare che "L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento" (art. 9 della Legge 194). Si

rammenta infine che il Comitato Europeo dei Diritti Sociali (CEDS) ha recentemente reso note le motivazioni sul merito della decisione contro avente ad oggetto l'applicazione della legge 194 del 1978 (qui il documento di interesse, si veda pag. 191).

- **art. 16 della legge n. 40 del 2004** in materia di procreazione medicalmente assistita. La legge n. 40 riconosce il diritto di sollevare obiezione di coscienza per il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie, in ragione delle peculiarità che caratterizzano la materia della procreazione medicalmente assistita. In questa prospettiva, il legislatore del 2004 ha adottato una formulazione per molti aspetti del tutto identica rispetto a quella utilizzata per la legge n. 194 del 1978, se non che, a differenza della legge n. 194, la legge n. 40 non impone agli ospedali e alle Regioni di organizzarsi in modo tale da garantire in ogni caso la prestazione richiesta.

- **legge 12 ottobre 1993, n. 413** sull'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale prevede che "I medici, i ricercatori e il personale sanitario dei ruoli dei professionisti laureati, tecnici ed infermieristici, nonché gli studenti universitari interessati, che abbiano dichiarato la propria obiezione di coscienza, non sono tenuti a prendere parte direttamente alle attività ed agli interventi specificamente e necessariamente diretti alla sperimentazione animale" (art.2, comma 1), e che "Gli studenti universitari dichiarano la propria obiezione di coscienza al docente del corso, nel cui ambito si possono svolgere attività o interventi di sperimentazione animale, al momento dell'inizio dello stesso" (art 3, comma 2).

Articolo 7
(Comitati per la valutazione clinica)

L'**articolo 7** introduce la figura dei **Comitati per la valutazione clinica presso le aziende sanitarie territoriali**; si demandano ad un regolamento del Ministro della salute, da adottarsi entro centottanta giorni dall'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** -, l'istituzione degli stessi Comitati 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.
L'**articolo 7** appare rispondere all'osservazione formulata dalla Corte costituzionale, circa la necessità dell'intervento di un organo collegiale terzo a garanzia di situazioni di particolare vulnerabilità. Ai sensi dell'**articolo in commento**, l'istituzione di tali organismi ha infatti la finalità di garantire la dignità delle persone e di sostenere gli esercenti le professioni sanitarie nelle scelte etiche a cui sono chiamati (**comma 1**).
I **Comitati** - ai sensi del **comma 2** del presente **articolo 7** - devono essere **multidisciplinari, autonomi e indipendenti**, costituiti da **medici specialisti, ivi compresi i 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.
Il **comma 3** specifica che ai componenti dei Comitati in oggetto non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati.

Si ricorda che alcune regioni si sono già dotate di Comitati per l'etica nella clinica, distinti dai Comitati etici per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano, di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3. Riguardo a questi ultimi, l'art. 1, co. 1, del Decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013 estende - ove non già attribuita a specifici organismi - le funzioni dei Comitati etici - oltre che alla tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone che partecipano alla sperimentazione - anche a:

- questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona;
- promozione di iniziative di formazione di operatori sanitari relativamente a temi in materia di bioetica.

Più precisamente, dopo la riorganizzazione dei Comitati etici avvenuta nel 2006, ad opera del Decreto del Ministro della Salute 12 maggio 2006, *Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali,* l'art. 12, co. 10, lett. *c)*, del decreto legge n. 158 del 2012 (convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189) ha stabilito che, entro il 30 giugno 2013, ciascuna regione dovesse provvedere a riorganizzare i Comitati etici del proprio territorio specificando al contempo che la competenza di ciascun Comitato potesse riguardare, oltre alle sperimentazioni cliniche dei medicinali, ogni altra questione sull'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, sull'impiego di procedure chirurgiche e cliniche o

relativa allo studio di prodotti alimentari sull'uomo generalmente rimessa, per prassi internazionale, alle valutazioni dei Comitati. Il successivo Decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013*, Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici* ha definito i criteri per l'istituzione dei Comitati etici medesimi da parte delle regioni e delle province autonome. In particolare stabilendo che:

- i componenti dei comitati devono essere in possesso di una documentata conoscenza e esperienza nelle sperimentazioni cliniche dei medicinali e dei dispositivi medici e nelle altre materie di competenza del comitato etico. A tal fine i comitati etici devono comprendere almeno: a) tre clinici; b) un medico di medicina generale territoriale; c) un pediatra; d) un biostatistico; e) un farmacologo; f) un farmacista del servizio sanitario regionale; g) in relazione agli studi svolti nella propria sede, il direttore sanitario o un suo sostituto permanente e, nel caso degli IRCCS, il direttore scientifico della istituzione sede della sperimentazione; h) un esperto in materia giuridica e assicurativa o un medico legale; i) un esperto di bioetica; l) un rappresentante dell'area delle professioni sanitarie interessata alla sperimentazione; m) un rappresentante del volontariato o dell'associazionismo di tutela dei pazienti; n) un esperto in dispositivi medici; o) in relazione all'area medico-chirurgica oggetto dell'indagine con il dispositivo medico in studio, un ingegnere clinico o altra figura professionale qualificata; p) in relazione allo studio di prodotti alimentari sull'uomo, un esperto in nutrizione; q) in relazione allo studio di nuove procedure tecniche, diagnostiche e terapeutiche, invasive e semi invasive, un esperto clinico del settore; r) in relazione allo studio di genetica, un esperto in genetica (art. 2, co. 5);
- la durata della carica è triennale e il mandato non può essere rinnovato consecutivamente più di una volta (art. 2, co.8);
- esperti esterni al comitato stesso possono essere convocati per specifiche consulenze nei casi di valutazioni inerenti ad aree non coperte da propri componenti (art. 2, co.6);
- indipendenza del Comitato etico, garantita da: mancanza di subordinazione gerarchica del Comitato etico nei confronti della struttura ove esso opera; dalla presenza di componenti esterni in misura non inferiore ad un terzo del totale; dall'assenza di conflitti di interesse rispetto alle sperimentazioni di volta in volta all'esame (art. 3).

Le funzioni dei comitati sono state ulteriormente esplicitate nel successivo Decreto del Ministro della salute 7 settembre 2017, D*isciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica*, anch'esso citato dalla sentenza n. 242/2019.

Articolo 8
(Esclusione della punibilità)

L'**articolo 8**, **comma 1**, in relazione alle procedure di morte volontaria medicalmente assistita eseguite nel rispetto delle disposizioni di legge, **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**.

In presenza di tali presupposti, anzitutto, **non si applica il reato di istigazione o aiuto al suicidio**, di cui all'art. 580 c.p.

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 minorenne o inferma di mente, o si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcooliche 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).

Per la giurisprudenza, l'agevolazione al suicidio può essere tanto attiva che omissiva e si realizza «***fornendo i mezzi per il suicidio, offrendo istruzioni sull'uso degli stessi, rimuovendo ostacoli o difficoltà che si frappongono alla realizzazione del proposito o anche omettendo di intervenire, qualora si abbia l'obbligo di impedire la realizzazione dell'evento***» (così *Cass., Sez. I, sentenza 6 febbraio 1998, n. 3147*).

La **condotta** di agevolazione al suicidio è **contigua all'uccisione della persona consenziente** (art. 579 c.p., v. *infra*), soprattutto nei casi di "aiuto a morire" praticati in situazioni terminali di vita. La giurisprudenza individua il discrimine tra le due fattispecie «nel modo in cui viene ad atteggiarsi la condotta e la volontà della vittima in rapporto alla condotta del soggetto agente. Si avrà omicidio del

consenziente nel caso in cui colui che provoca la morte si sostituisca in pratica all'aspirante suicida, pur se con il consenso di questi, assumendone in proprio l'iniziativa, oltre che sul piano della causazione materiale, anche su quello della generica determinazione volitiva; mentre si avrà istigazione o agevolazione al suicidio tutte le volte in cui **la vittima abbia conservato il dominio della propria azione**, nonostante la presenza di una condotta estranea di determinazione o di aiuto alla realizzazione del suo proposito, e lo abbia realizzato, anche materialmente, di **mano propria**» (Cass., sent. cit.).

Il **comma 1** dell'**articolo 8**, dunque, esclude la punibilità di chi agevola il suicidio del malato. L'esclusione della punibilità non concerne le fattispecie in cui un soggetto determini la morte di un consenziente - sostituendosi all'aspirante suicida - al di fuori delle procedure e dei presupposti di cui al disegno di legge. Tale condotta resta infatti riconducibile alla fattispecie di omicidio del consenziente (art. 579 c.p.), della quale il disegno di legge non tratta.

Si ricorda che l'art. 579 del codice penale, rubricato "***Omicidio del consenziente***", punisce con la reclusione da 6 a 15 anni chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui. Si applicano comunque le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso contro un minorenne, contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcooliche o stupefacenti o contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno.

La pena prevista, assai più lieve rispetto all'omicidio doloso comune, esprime l'attenuata riprovevolezza dell'autore e la minore gravità del delitto, cui manca, a differenza che all'omicidio comune, la nota dell'ingiusta aggressione alla libertà altrui.

In giurisprudenza, le non molte pronunce ruotano intorno alla problematica del consenso, con soluzioni spesso influenzate in modo determinante dalle situazioni di fatto prese in esame.

La giurisprudenza si è espressa in modo assolutamente chiaro sul principio circa la necessità di una prova univoca, chiara e convincente della volontà di morire manifestata dalla vittima (si veda C., Sez. I, 17.11.2010, n. 43954, che ha ritenuto configurabile l'omicidio volontario, e non l'omicidio del consenziente, nel caso manchi una prova di tal genere, dovendo in tal caso riconoscersi assoluta prevalenza al diritto alla vita, quale diritto personalissimo che non attribuisce a terzi il potere di disporre, anche in base alla propria percezione della qualità della vita, dell'integrità fisica altrui. La prova della volontà di morire non può essere tratta dalle generiche invocazioni della vittima affinché cessi la propria sofferenza ovvero dall'auspicio, dalla stessa espresso in precedenza, di adozioni di modelli eutanasici propri di altri paesi). Il consenso deve essere «serio, esplicito e non equivoco», nonché «perdurante... sino al momento in cui il colpevole commette il fatto» (C., Sez. I, 6.5.2008, n. 32851; C., Sez. I, 13.11.1970, che sembra escludere l'apprezzabilità del consenso tacito e postulare l'attualità di esso; C., Sez. I, 27.6.1991, che ribadisce l'inaccettabilità di valutazioni presuntive da parte dell'autore, che sostituiscano il suo apprezzamento a quello della vittima).

Si ricorda, inoltre, che l'art. 579 c.p. è oggetto di una richiesta di referendum abrogativo, volta a escludere la rilevanza penale dell'omicidio di persona consenziente, purché non si tratti di persona minorenne, di persona inferma di mente o in stato di deficienza o infermità psichica o di persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno.

L'**articolo 8, comma 1, esclude** inoltre, per il medico, il personale sanitario e amministrativo, nonché per chiunque abbia agevolato il malato nell'esecuzione della procedura, la **punibilità per il reato di omissione di soccorso**, di cui all'art. 593 c.p.

L'art. 593 del codice penale, rubricato "***Omissione di soccorso***", punisce con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a 2.500 euro chiunque:

- trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a sé stessa, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'autorità (primo comma);
- trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'autorità (secondo comma).

Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata (terzo comma).

Il **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 in tali casi, che comunque devono poter essere ricondotti alla definizione di morte medicalmente assistita data dall'**articolo 2** del provvedimento ["decesso cagionato da un atto autonomo con il quale (...) si pone fine alla propria vita in modo volontario, dignitoso e consapevole]", è **esclusa**, anche per le ipotesi in cui sia già intervenuta una sentenza di condanna passata in giudicato, **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 all'**articolo 3** del provvedimento (v. *supra*);
- fosse stata accertata inequivocabilmente la volontà attuale, libera, informata e consapevole della persona richiedente.

In base alla formulazione letterale, la norma transitoria di cui al **comma 2** non fa riferimento anche ai casi in cui non sia ancora stata emessa una condanna nonché ai casi verificatisi nel periodo transitorio intercorrente tra l'entrata in vigore della presente legge e l'adozione degli atti normativi ed amministrativi da essa previsti. *Si valuti l'opportunità di chiarire tali profili.*

Si ricorda che anche la sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale prevedeva, per i fatti anteriormente commessi, che la non punibilità dell'aiuto al suicidio richiedesse:

- che la volontà dell'interessato fosse stata manifestata in modo chiaro e univoco, compatibilmente con quanto era consentito dalle sue condizioni;
- che le condizioni di salute dell'interessato avessero formato oggetto di verifica in ambito medico;
- che il paziente fosse stato adeguatamente informato sia in ordine a queste ultime, sia in ordine alle possibili soluzioni alternative, segnatamente con riguardo all'accesso alle cure palliative e, eventualmente, alla sedazione profonda continua.

Articolo 9
(Clausole di invarianza finanziaria)

L'**articolo 9** specifica che dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e che le amministrazioni competenti provvedono agli adempimenti ivi previsti con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Articolo 10
(Disposizioni finali)

Ai sensi del **comma 1** dell'**articolo 10**, un **decreto del Ministro della salute**, da emanarsi - previa **intesa in sede di Conferenza Stato-regioni** - entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in commento (quindi, entro i centottanta giorni successivi alla scadenza del termine di novanta giorni di cui all'**articolo 11, comma 1**), deve:

a) individuare i **requisiti** delle **strutture del Servizio sanitario nazionale** idonee ad accogliere le persone che facciano richiesta di morte volontaria medicalmente assistita;
b) definire i **protocolli e le modalità per la prescrizione, preparazione, coordinamento e sorveglianza** della procedura di morte volontaria medicalmente assistita;
c) definire le **procedure** necessarie ad **assicurare il sostegno psicologico** alla persona malata ed ai suoi familiari;
d) determinare le **modalità di custodia ed archiviazione in forma digitale** delle richieste di morte volontaria medicalmente assistita e di tutta la documentazione ad essa relativa;
e) definire le modalità di una **informazione capillare sulle possibilità** offerte dalla legge sul consenso informato e le disposizioni anticipate in materia di trattamenti sanitari (**legge n. 219 del 2017**);
f) definire le **modalità di monitoraggio e implementazione della rete di cure palliative** che garantisca la copertura efficace e omogenea di tutto il territorio nazionale.

Riguardo a quest'ultimo punto, si ricorda che l'ultimo intervento in materia di cure palliative operato dall'art. 35, commi da 2-*bis* a 2-*quinquies*, del decreto legge n. 73 del 2021 (c.d. Sostegni bis) ha definito un programma triennale per l'attuazione della legge n. 38 del 2010 (si veda *supra*, *sub* **articolo 3**).

Il **comma 2** del presente **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.

Articolo 11
(Entrata in vigore ed ulteriori disposizioni finali)

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 presente provvedimento 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).
In base ai richiamati commi 554 e 559, l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza è effettuato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari oppure, qualora la proposta attenga esclusivamente alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale - ovvero all'individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della relativa erogazione - e non comporti ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la suddetta Conferenza permanente e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari.
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*.

Sintesi dell'A.S. n. 191, dell'A.S. n. 900, dell'A.S. n. 912, dell'A.S. n. 966, dell'A.S. n. 1464, dell'A.S. n. 1494, dell'A.S. n. 2237

Il disegno di legge **A.S. n. 191** prevede una revisione complessiva della disciplina - di cui alla L. 22 dicembre 2017, n. 219 - sul consenso informato e le disposizioni anticipate in materia di trattamenti sanitari. Tra le modifiche principali proposte, si segnalano le seguenti: il summenzionato atto di disposizioni anticipate di trattamento viene ridenominato dichiarazione anticipata di trattamento; tale dichiarazione è redatta esclusivamente presso il medico di medicina generale, che contestualmente la sottoscrive; si prevede che con tale atto la persona possa rinunciare a trattamenti terapeutici di carattere sproporzionato o sperimentale; dall'ambito dell'atto sono escluse la nutrizione e l'idratazione artificiali, che, in base alle novelle proposte, devono essere mantenute fino al termine della vita, salvo il caso in cui le medesime risultino non più efficaci nel fornire al paziente in fase terminale i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo; si prevede che la dichiarazione anticipata non si applichi nelle situazioni di emergenza e in ogni caso in cui si configuri una condizione di rischio attuale e immediato per la vita del paziente; viene introdotto un limite temporale, pari a cinque anni, di efficacia dell'atto, per il quale ultimo si prevede di conseguenza la possibilità di rinnovo di quinquennio in quinquennio (ferma restando la possibilità di revoca dell'atto in qualsiasi momento); il suddetto limite temporale non si applica nel caso in cui la persona sia divenuta incapace.

Il disegno di legge **A.S. n. 900** prevede per ogni soggetto maggiorenne, capace di intendere e volere, il diritto di rifiutare un trattamento sanitario, ivi compresi i trattamenti di sostegno vitale o di terapia nutrizionale, nonché, a determinate condizioni, il diritto di ricevere il trattamento di eutanasia.
Riguardo al suddetto diritto di rifiuto, si prevede altresì che esso sia esercitato da una persona fiduciaria, in caso di incapacità sopravvenuta del soggetto (il quale abbia in precedenza nominato, con scrittura privata autenticata, il fiduciario).
Il diritto all'eutanasia è riconosciuto dal disegno di legge in esame qualora il paziente sia affetto da una malattia produttiva di gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infausta inferiore a diciotto mesi; la pratica di eutanasia non può essere intrapresa prima che i parenti entro il secondo grado e il coniuge, con il consenso del paziente, siano stati informati della richiesta e, sempre con il consenso del paziente, abbiano avuto modo di colloquiare con lo stesso.
Si consente altresì che la richiesta di eutanasia sia oggetto di una dichiarazione anticipata, relativa all'ipotesi che l'autore dell'atto si trovi successivamente nelle condizioni suddette - per le quali il disegno di legge ammette l'eutanasia - e non sia più capace di intendere e volere o non sia comunque più in grado di manifestare la propria volontà; tale dichiarazione anticipata deve essere redatta per scrittura privata autenticata e indicare un fiduciario.

Il disegno di legge **A.S. n. 912** prevede per ogni soggetto maggiorenne, capace di intendere e volere, il diritto, a determinate condizioni, di ricevere il trattamento di eutanasia.
Tale trattamento, in base alla proposta in esame, è ammesso qualora le sofferenze fisiche o psichiche siano insostenibili e irreversibili, o qualora il paziente sia affetto da una patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta. La relativa dichiarazione di volontà del soggetto deve essere redatta per atto pubblico o scrittura privata autenticata, alla presenza di almeno due testimoni, e datata e sottoscritta dal disponente e dai testimoni; qualora le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, la richiesta può essere espressa attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano al paziente di comunicare. In ogni caso, prima dell'inizio del trattamento di eutanasia, il medico è tenuto ad accertare che sussistano le condizioni suddette - per le quali il disegno di legge ammette l'eutanasia - e che permanga l'intenzione di chiedere il trattamento medesimo; quest'ultima verifica è svolta anche informando il paziente sulla sua situazione clinica e sulle sue prospettive di vita, nonché sulle possibilità terapeutiche ancora attuabili, sui trattamenti palliativi e sulle conseguenze degli stessi terapie e trattamenti; in relazione alla suddetta procedura, viene esclusa esplicitamente la possibilità di intraprendere l'atto di eutanasia qualora il paziente non si trovi in stato di capacità di intendere e di volere (articolo 7, comma 1, lettera *c)*).

Il disegno di legge **A.S. n. 966** 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 -.
Le novelle alle due leggi suddette sono intese in particolare a consentire la scelta del ricorso alla sedazione palliativa profonda continua (fino al decesso) da parte di pazienti - maggiorenni e capaci di intendere e volere - affetti 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.
Il disegno di legge propone anche una diversa articolazione della misura della sanzione penale (della reclusione) per il reato di istigazione o aiuto al suicidio, prevedendo limiti minimi e massimi più bassi per i casi in cui il fatto consista esclusivamente in un'agevolazione dell'esecuzione del suicidio (ferma restando, ai sensi del medesimo disegno di legge, l'esclusione della punibilità per il ricorso alla sedazione palliativa profonda nelle fattispecie suddette).

Il disegno di legge **A.S. n. 1464**, in primo luogo, propone una diversa articolazione della misura della sanzione penale (della reclusione) 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.
Il disegno di legge reca inoltre novelle alla legge sul consenso informato e le disposizioni anticipate in materia di trattamenti sanitari - di cui alla L. 22 dicembre 2017, n. 219 -. Tra le modifiche principali, si segnalano le seguenti: dal possibile ambito delle suddette disposizioni anticipate sono escluse la nutrizione e l'idratazione artificiali; 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 disposizioni anticipate di trattamento contrasti con la deontologia professionale o con le buone pratiche socio-assistenziali; si riformula la previsione del ricorso alla sedazione palliativa profonda continua, ricorso che, secondo il disegno di legge, deve essere deciso dai medici, con il consenso del paziente, e - come indica la relazione illustrativa - non può trasformarsi in un trattamento di eutanasia.

Il disegno di legge **A.S. n. 1494** consente che un paziente capace di prendere decisioni libere e consapevoli e affetto da patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, riceva, su sua richiesta, la somministrazione di farmaci idonei a provocarne rapidamente e senza dolore la morte; tale somministrazione è ammessa, anche presso il domicilio del paziente, unicamente nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, da parte di personale medico e sanitario che non abbia formulato al riguardo obiezione di coscienza.
Il disegno di legge propone anche una diversa articolazione della misura della sanzione penale (della reclusione) per il reato di istigazione o aiuto al suicidio, prevedendo limiti minimi e massimi più bassi per i casi in cui il fatto consista esclusivamente in un'agevolazione dell'esecuzione del suicidio (ferma restando, ai sensi del medesimo disegno di legge, l'esclusione della punibilità per la somministrazione di farmaci nella fattispecie suddetta).

Il disegno di legge **A.S. n. 2237** prevede che un paziente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, affetto da patologie irreversibili, connotate da sofferenze fisiche o psicologiche che egli ritenga assolutamente intollerabili, e sottoposto a trattamenti sanitari di sostegno vitale, abbia diritto di richiedere al personale del Servizio sanitario nazionale, per la successiva autosomministrazione, la fornitura di farmaci o di sostanze atti a provocare la fine della vita, ovvero abbia diritto, se fisicamente incapace, di essere agevolato dal medesimo personale nella somministrazione dei suddetti farmaci o sostanze. Il personale sanitario - dopo aver informato il paziente sull'effettiva possibilità di ricorrere alla terapia del dolore e all'erogazione delle cure palliative - esegue la summenzionata richiesta; sono esclusi da quest'ultimo obbligo i soggetti che facciano dichiarazione di obiezione di coscienza.