



CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

UNDICESIMA LEGISLATURA

PROPOSTA DI LEGGE STATALE N. 45

PROPOSTA DI LEGGE STATALE da trasmettere al Parlamento Nazionale ai sensi dell'articolo 121 della Costituzione
d'iniziativa dei Consiglieri Camani, Bigon, Luisetto, Montanariello, Zanoni e Zottis

**DISPOSIZIONI IN MATERIA DI MORTE VOLONTARIA
MEDICALMENTE ASSISTITA**

Presentato alla Presidenza del Consiglio l'8 febbraio 2024.

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI MORTE VOLONTARIA MEDICALMENTE ASSISTITA

Relazione:

La nostra comunità democratica si fonda sul diritto alla vita come primo dei diritti inviolabili dell'uomo. È un diritto che dev'essere tutelato sempre, soprattutto nei confronti di tutti quei soggetti che sono più fragili e vulnerabili.

Il diritto all'autodeterminazione individuale, riferibile altresì al bene della vita e riconducibile nell'alveo del diritto alla vita privata riconosciuto dall'art. 8 CEDU, rappresenta anch'esso un elemento fondante ed essenziale del nostro ordinamento democratico, così come il diritto al rifiuto dei trattamenti sanitari, ancorché necessari per la propria sopravvivenza (compresi quelli di nutrizione e idratazione artificiale), e il divieto di ostinazione irragionevole nelle cure.

Le situazioni drammatiche, spesso portate alla luce dall'evoluzione della scienza medica e della tecnologia, oramai capace di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse ma non di restituire loro sufficienti funzioni vitali, generano un'inevitabile frizione tra i valori costituzionali in gioco.

La Corte costituzionale, chiamata ad esprimersi sulla legittimità costituzionale dell'articolo 580 del codice penale, ha dovuto operare un delicato e difficile bilanciamento tra i principi fondamentali dell'ordinamento.

Si è così pronunciata, individuando un'area di non conformità a Costituzione dell'incriminazione delle condotte di aiuto al suicidio, che sarebbero astrattamente suscumbibili nella fattispecie di reato di cui all'articolo 580 del codice penale, corrispondente a tutti i casi in cui il soggetto agevolato si identifichi in una persona affetta da una patologia irreversibile e fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che trova assolutamente intollerabili, la quale sia tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

Secondo la Corte, «si tratta, infatti, di ipotesi nelle quali l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare in base all'art. 32, secondo comma, Cost.».

In tali casi, invero, «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».

Garantire il rispetto di questo diritto è un dovere e un compito fondamentale della politica, prima che della Corte costituzionale.

La Corte, in chiusura della sentenza n. 242/2019, ha rinnovato l'auspicio che «la materia formi oggetto di sollecita e compiuta disciplina da parte del legislatore statale, conformemente ai principi precedentemente enunciati».

Appare, pertanto, di fondamentale importanza dettare una disciplina certa e stabile delle procedure di assistenza sanitaria per l'accesso al suicidio

medicalmente assistito, al fine di garantire un'applicazione uniforme su tutto il territorio nazionale. Solo così sarà possibile dare effettiva applicazione alla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale e porre rimedio alla situazione d'inerzia e stallo sul piano normativo, che rende ancor più insopportabile la condizione di chi vorrebbe poter accedere al suicidio medicalmente assistito con la sicurezza di avere una risposta entro tempi certi e determinati.

Ma l'esigenza di normare la materia non deriva soltanto dalle sollecitazioni della Corte costituzionale, bensì da una necessità etica e da un irrinunciabile dovere di solidarietà nei confronti di chi, trovandosi in una situazione di sofferenza intollerabile, vorrebbe veder tutelata la propria libertà di scegliere consapevolmente di porre termine alla propria vita con dignità e rispetto della propria condizione umana.

Molte assemblee legislative in Europa hanno già da tempo disciplinato il suicidio medicalmente assistito (Paesi Bassi, Belgio, Lussemburgo e Spagna). In altri Stati europei (Germania e Austria), così com'è avvenuto in Italia, sono intervenute le Corti costituzionali nazionali, sulla spinta delle medesime esigenze di rispetto dei principi di uguaglianza sostanziale, di parità di trattamento e di rispetto della libertà di autodeterminazione individuale che hanno portato anche la nostra Corte a pronunciarsi.

Alla luce di quanto appena osservato, la presente proposta di legge statale è volta a sollecitare il Parlamento nazionale affinché approvi, adempiendo così ai propri irrinunciabili doveri istituzionali, una disciplina organica ed esaustiva delle procedure sanitarie di accesso al suicidio medicalmente assistito, all'interno del perimetro e dei principi fondamentali già tracciati dalla Corte costituzionale.

Solo una legge statale organica può, infatti, assicurare le necessarie garanzie e tutele a coloro che intendono accedere al suicidio medicalmente assistito.

In questo senso, la presente proposta di legge riproduce il testo del disegno di legge A.S. n. 104 della XIX Legislatura, presentato al Senato della Repubblica dai senatori Bazoli, Mirabelli, Rossomando, Verini, Astorre, Enrico Borghi, Cottarelli, Fina, Rojc e Zampa, il quale a sua volta riprende, con limitate correzioni formali, il testo unificato approvato dalla Camera in prima lettura il 10 marzo 2022 ed in seguito divenuto A.S. n. 2553, recante disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita, successivamente decaduto a causa della fine della legislatura.

Il testo individua 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 medici, 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.

In particolare, 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 disegno di legge, 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 tale percorso.

L'articolo 2 ha una funzione definitoria in quanto qualifica come «morte volontaria medicalmente assistita» il decesso cagionato da un atto autonomo con il quale, in esito al percorso disciplinato dal disegno di legge, 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. Sono 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 socioassistenziale alla persona malata e alla famiglia.

L'articolo 3 disciplina le condizioni e i presupposti che consentono l'accesso alla morte medicalmente assistita. Partendo da quanto stabilito dalla Corte costituzionale nella citata sentenza, la disposizione in esame chiarisce 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.

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 nelle citate ordinanze n. 207 del 2018 e sentenza n. 242 del 2019); esplicita. In particolare, si 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 le 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. 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'articolo 1 della legge n. 219 del 2017), alternativamente al medico di medicina generale o al medico che ha in cura il paziente. In base al comma 4 (e con disposizione identica a quella prevista dall'articolo 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. Il medico promuove altresì ogni azione di sostegno al paziente medesimo anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica.

L'articolo 5, conformemente a quanto rilevato dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242 del 2019, 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 evidentemente 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) rediga un rapporto dettagliato e documentato sulle condizioni cliniche e psicologiche del richiedente e sulle motivazioni che hanno determinato la richiesta e lo trasmetta, senza ritardo, al Comitato per la valutazione clinica (di cui all'articolo 7) territorialmente competente e all'interessato. 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 trenta giorni, esprime un parere motivato sull'esistenza dei presupposti e dei requisiti stabiliti dalla 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 un'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. 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. 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. 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 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 sessanta giorni dalla data di ricezione della summenzionata decisione motivata del medico o del parere contrario del Comitato. I commi 9 e 11 chiariscono che la richiesta, la documentazione ed il parere di cui sopra 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.

Il comma 1 dell'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 (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 entrata in vigore del regolamento di cui all'articolo 7, al direttore dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, nel caso di personale dipendente.

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 ma 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 deve controllare e garantire l'attuazione delle suddette procedure e misure.

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 adottare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge – 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 di Trento e di Bolzano.

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. I Comitati – ai sensi del comma 2 dell'articolo 7 – devono essere multidisciplinari, autonomi e indipendenti, 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. 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.

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'articolo 580 del codice penale. 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 (articolo 579 del codice penale), della quale il disegno di legge non tratta.

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'articolo 593 del codice penale. Il comma 2 contiene una norma transitoria, relativa agli eventi di morte medicalmente assistita che abbiano avuto corso prima dell'entrata in vigore della legge. Anche in tali casi, che comunque devono poter essere ricondotti alla definizione di morte medicalmente assistita data dall'articolo 2 («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 e 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 legge e l'adozione degli atti normativi ed amministrativi da essa previsti.

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.

L'articolo 9 specifica che dall'attuazione della 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.

Ai sensi del comma 1 dell'articolo 10, un decreto del Ministro della salute, da emanare - previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano – entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, 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.*

Il comma 2 dell'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 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. A riguardo, il comma fa riferimento – mediante il richiamo dei commi 554 e 559 dell’articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 – alle due diverse procedure per la revisione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI MORTE VOLONTARIA MEDICALMENTE ASSISTITA

Art. 1 - Finalità.

1. La presente legge disciplina la facoltà della persona affetta da una patologia irreversibile e con prognosi infausta o da una condizione clinica irreversibile di richiedere assistenza medica, al fine di porre fine volontariamente e autonomamente alla propria vita, alle condizioni, nei limiti e con i presupposti previsti dalla presente legge e nel rispetto dei principi della Costituzione, della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

Art. 2 - Definizione.

1. Si intende per morte volontaria medicalmente assistita il decesso cagionato da un atto autonomo con il quale, in esito al percorso disciplinato dalle norme della presente legge, 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 dagli articoli 4 e 5.

2. Tale atto deve essere il risultato di una volontà attuale, libera e consapevole di un soggetto pienamente capace di intendere e di volere.

3. Le strutture del Servizio sanitario nazionale operano nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

- a) tutela della dignità e dell'autonomia della persona;
- b) tutela della qualità della vita fino al suo termine;
- c) adeguato sostegno sanitario, psicologico e socio-assistenziale alla persona malata e alla famiglia.

Art. 3 - Presupposti e condizioni.

1. Può fare richiesta di morte volontaria medicalmente assistita la persona che, al momento della richiesta, abbia raggiunto la maggiore età, sia capace di intendere e di volere e di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli, adeguatamente informata, e che sia stata previamente coinvolta in un percorso di cure palliative al fine di alleviare il suo stato di sofferenza e le abbia esplicitamente rifiutate o le abbia volontariamente interrotte.

2. Tale persona deve altresì trovarsi nelle seguenti concomitanti condizioni:

- a) 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, che cagionino sofferenze fisiche e psicologiche che la persona stessa trova assolutamente intollerabili;
- b) essere tenuta in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente.

Art. 4 - Requisiti e forma della richiesta.

1. La richiesta di morte volontaria medicalmente assistita deve essere attuale, informata, consapevole, libera ed esplicita. La richiesta deve essere manifestata per iscritto e nelle forme dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata. La richiesta può essere revocata in qualsiasi momento senza requisiti di forma e con ogni mezzo idoneo a palesare la volontà.

2. Nel caso in cui le condizioni della persona non lo consentano, la richiesta può essere espressa e documentata con videoregistrazione o qualunque altro dispositivo idoneo che le 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.

3. La richiesta di morte volontaria medicalmente assistita deve essere indirizzata al medico di medicina generale o al medico che ha in cura il paziente, nel rispetto della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico.

4. Ricevuta la richiesta, 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.

Art. 5 - Modalità.

1. La morte volontaria medicalmente assistita deve avvenire nel rispetto della dignità della persona malata e in modo da non provocare ulteriori sofferenze ed evitare abusi. La persona malata 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

2. Il medico che ha ricevuto dal paziente la richiesta di morte volontaria medicalmente assistita, espressa nelle forme di cui all'articolo 4, redige un rapporto dettagliato e documentato sulle condizioni cliniche e psicologiche del richiedente e sulle motivazioni che l'hanno determinata e lo trasmette senza ritardo al Comitato per la valutazione clinica di cui all'articolo 7 territorialmente competente e all'interessato. Il rapporto è corredato di copia della richiesta e della documentazione medica e clinica ad essa pertinente.

3. Il rapporto deve precisare se la persona è stata adeguatamente informata della propria condizione clinica e della prognosi, se è stata adeguatamente informata dei trattamenti sanitari ancora attuabili e di tutte le possibili alternative terapeutiche. Il rapporto deve indicare inoltre se la persona 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. Nel rapporto il medico è tenuto a indicare qualsiasi informazione da cui possa emergere che la richiesta di morte medicalmente assistita non sia libera, consapevole e informata.

4. Per la redazione del rapporto e la valutazione clinica il medico può avvalersi della collaborazione di medici specialisti. Qualora ritenga che manchino palesemente i presupposti e le condizioni di cui all'articolo 3, il medico non trasmette la richiesta al Comitato per la valutazione clinica, motivando per iscritto la sua decisione al richiedente.

5. Il Comitato per la valutazione clinica, entro trenta giorni, esprime un parere motivato sull'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 e 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 un'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.

6. 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.

7. Ove il parere sia favorevole, il medico richiedente lo trasmette tempestivamente, insieme con tutta la documentazione in suo possesso, alla direzione sanitaria dell'azienda sanitaria locale o alla direzione sanitaria 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, presso il domicilio del paziente o, laddove ciò non sia possibile, presso una struttura ospedaliera e che esso 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, che consentano il compimento dell'atto autonomo secondo le disposizioni della presente legge.

8. Nel caso 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 comunque per la persona che abbia richiesto la morte volontaria medicalmente assistita la possibilità di ricorrere al giudice territorialmente competente, entro il termine di sessanta giorni dalla data di ricezione della decisione motivata del medico di cui al comma 4 o del parere contrario del Comitato.

9. La richiesta, la documentazione e il parere di cui ai commi 2 e 5 fanno parte integrante della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico ove già attivato.

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.

11. Il decesso a seguito di morte volontaria medicalmente assistita è equiparato al decesso per cause naturali a tutti gli effetti di legge.

Art. 6 - Obiezione di coscienza.

1. L'esercente la professione sanitaria non è tenuto a prendere parte alle procedure per l'assistenza alla morte volontaria medicalmente assistita disciplinate dalla presente legge quando sollevi obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del regolamento di cui all'articolo 7 al direttore dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, nel caso di personale dipendente.

2. L'obiezione di coscienza può sempre essere revocata o essere proposta anche fuori del termine di cui al comma 1, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione ai soggetti di cui al comma 1.

3. L'obiezione di coscienza esonera l'esercente la professione sanitaria dal compimento delle procedure e delle attività specificamente dirette al suicidio e non dall'assistenza antecedente l'intervento.

4. Gli enti ospedalieri pubblici autorizzati sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dalla presente legge adottando

tutte le misure, anche di natura organizzativa, che si rendano necessarie. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione.

Art. 7 - Comitati per la valutazione clinica.

1. Al fine di garantire la dignità delle persone malate e di sostenere gli esercenti le professioni sanitarie nelle scelte etiche a cui sono chiamati, con regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono istituiti e disciplinati i Comitati per la valutazione clinica presso le aziende sanitarie locali.

2. I Comitati di cui al comma 1 devono essere multidisciplinari, autonomi e indipendenti, 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.

3. Ai componenti dei Comitati di cui al comma 1 non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati.

Art. 8 - Esclusione della punibilità.

1. Le disposizioni contenute negli articoli 580 e 593 del Codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario e amministrativo che abbiano dato corso alla procedura di morte volontaria medicalmente assistita nonché a tutti coloro che abbiano agevolato in qualsiasi modo la persona malata ad attivare, istruire e portare a termine la predetta procedura, qualora essa sia eseguita nel rispetto delle disposizioni della presente legge.

2. Non è punibile chiunque sia stato condannato, anche con sentenza passata in giudicato, per aver agevolato in qualsiasi modo la morte volontaria medicalmente assistita di una persona prima della data di entrata in vigore della presente legge, qualora al momento del fatto ricorressero i presupposti e le condizioni di cui all'articolo 3 della medesima legge e la volontà attuale, libera, informata e consapevole della persona richiedente fosse stata inequivocabilmente accertata.

Art. 9 - Clausola di invarianza finanziaria.

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Le amministrazioni competenti provvedono agli adempimenti ivi previsti con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Art. 10 - Disposizioni finali.

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto:

a) individua i requisiti delle strutture del Servizio sanitario nazionale idonee ad accogliere le persone che fanno richiesta di morte volontaria medicalmente assistita;

- b) definisce i protocolli e le modalità per la prescrizione, la preparazione, il coordinamento e la sorveglianza della procedura di morte volontaria medicalmente assistita;
- c) definisce le procedure necessarie ad assicurare il sostegno psicologico alla persona malata e ai suoi familiari;
- d) determina le modalità di custodia e di archiviazione delle richieste di morte volontaria medicalmente assistita e di tutta la documentazione ad essa relativa in forma digitale;
- e) definisce le modalità di un'informazione capillare sulle possibilità offerte dalla legge 22 dicembre 2017, n.219;
- f) definisce le modalità di monitoraggio e di potenziamento della rete di cure palliative che garantisca la copertura efficace e omogenea di tutto il territorio nazionale.

2. Il Ministro della salute presenta annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione delle disposizioni della presente legge.

Art. 11 - Entrata in vigore.

1. Salvo quanto previsto dal comma 3, la presente legge entra in vigore il novantesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

2. Nelle more dell'entrata in vigore della presente legge, si provvede all'aggiornamento delle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, commi 554 e 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, conformemente alle prestazioni previste dalle disposizioni della presente legge e nei limiti delle risorse finanziarie destinate al medesimo Servizio sanitario nazionale dalla legislazione vigente.

3. Il comma 2 entra in vigore il giorno successivo alla data di pubblicazione della presente legge nella Gazzetta Ufficiale.

INDICE

Art. 1 - Finalità.....	9
Art. 2 - Definizione.....	9
Art. 3 - Presupposti e condizioni.	9
Art. 4 - Requisiti e forma della richiesta.....	9
Art. 5 - Modalità.	10
Art. 6 - Obiezione di coscienza.....	11
Art. 7 - Comitati per la valutazione clinica.....	12
Art. 8 - Esclusione della punibilità.	12
Art. 9 - Clausola di invarianza finanziaria.....	12
Art. 10 - Disposizioni finali.	12
Art. 11 - Entrata in vigore.....	13