



Senato della Repubblica
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 191

Modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

Indice

1. DDL S. 191 - XVIII Leg.....	1
1.1. Dati generali.....	2
1.2. Testi.....	4
1.2.1. Testo DDL 191.....	5

1. DDL S. 191 - XVIII Leg.

1.1. Dati generali

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 191
XVIII Legislatura

Modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

Iter

12 aprile 2022: assegnato (non ancora iniziato l'esame)

Successione delle letture parlamentari

S.191

assegnato (non ancora iniziato l'esame)

Iniziativa Parlamentare

[Maria Rizzotti](#) ([FI-BP](#))

Cofirmatari

[Giacomo Caliendo](#) ([FI-BP](#)), [Emilio Floris](#) ([FI-BP](#)), [Antonio Barboni](#) ([FI-BP](#)), [Gilberto Pichetto Fratin](#) ([FI-BP](#)), [Marco Perosino](#) ([FI-BP](#)), [Massimo Vittorio Berutti](#) ([FI-BP](#)), [Sandro Mario Biasotti](#) ([FI-BP](#)), [Barbara Masini](#) ([FI-BP](#)), [Maurizio Gasparri](#) ([FI-BP](#)), [Massimo Mallegni](#) ([FI-BP](#))

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **28 marzo 2018**; annunciato nella seduta n. 3 del 28 marzo 2018.

Classificazione TESEO

CURE MEDICHE E CHIRURGICHE , CONSENSO

Articoli

VITA UMANA (Art.1), CAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE (Art.1), MORTE (Art.1), CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE (Art.1), DIVIETI (Art.1), EUTANASIA (Art.1), OBBLIGO DI FORNIRE DATI NOTIZIE E INFORMAZIONI (Art.1), ASSISTENZA SANITARIA (Art.1), REVOCA (Art.1), INTERDIZIONE E INABILITAZIONE (Art.1), MINORI (Art.1), SERVIZI DI EMERGENZA (Art.1), MEDICI (Art.1), TUTELA E CURATELA (Art.1), ALBI ELENCHI E REGISTRI (Art.1), MINISTERO DELLA SALUTE (Art.1), REGOLAMENTI (Art.1)

Assegnazione

Assegnato alla [12ª Commissione permanente \(Igiene e sanità'\)](#) in sede redigente il 26 giugno 2018. Annuncio nella seduta n. 14 del 26 giugno 2018.

Pareri delle commissioni 1ª (Aff. costituzionali), 2ª (Giustizia), 3ª (Aff. esteri), 5ª (Bilancio), 6ª (Finanze), 14ª (Unione europea), Questioni regionali (aggiunto il 23 gennaio 2019; annunciato nella seduta n. 82 del 23 gennaio 2019)

Nuovamente assegnato alle commissioni riunite [2ª \(Giustizia\)](#) e [12ª \(Igiene e sanità'\)](#) in sede redigente il 12 aprile 2022. Annuncio nella seduta n. 425 del 20 aprile 2022.

Pareri delle commissioni 1^a (Aff. costituzionali), 3^a (Aff. esteri), 5^a (Bilancio), 6^a (Finanze), 14^a (Unione europea), Questioni regionali

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 191

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 191

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **RIZZOTTI**, **CALIENDO**, **FLORIS**, **BARBONI**, **PICHETTO FRATIN**, **PEROSINO**, **BERUTTI**, **BIASOTTI**, **MASINI**, **GASPARRI** e **MALLEGNI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 28 MARZO 2018

Modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

Onorevoli Senatori. - Con il presente disegno di legge s'intende dare concreta applicazione al riconosciuto principio di autodeterminazione nel campo delle cure mediche, diritto di cui ogni individuo gode, in relazione alle scelte riguardanti la propria salute, sia nel senso di accettare sia nel senso di rifiutare l'intervento medico, e che si realizza attraverso la consapevolezza che si acquisisce con una corretta informazione.

L'ambito, le modalità ed i limiti attraverso cui queste scelte sono espresse e acquistano rilevanza giuridica trascendono argomenti prettamente biologici-sanitari, per coinvolgere aspetti della vita umana quali quelli etici, religiosi e giuridici.

Occorre preventivamente chiarire che la scelta e la conseguente dichiarazione di volontà preventiva in merito al trattamento medico, o alle diverse opzioni curative, non intende consentire, neanche in via interpretativa o analogica, il ricorso all'eutanasia o all'accanimento terapeutico.

In base a quanto disposto dai principi fondamentali del nostro ordinamento, infatti, il bene della vita risulta sottratto a qualsivoglia profilo di disponibilità. L'eutanasia non è assolutamente consentita dai codici del nostro Paese, neanche in presenza del consenso del malato: ragion per cui essa costituisce reato rientrando nelle fattispecie di cui all'articolo 575 del codice penale (omicidio) o, nel caso si riesca a dimostrare il consenso del malato, all'articolo 579 del codice penale (omicidio del consenziente) e all'articolo 580 del medesimo codice (istigazione o aiuto al suicidio). Inoltre il nuovo codice medico deontologico, in merito all'assistenza dei morenti, vieta ogni azione capace di abbreviare la vita del malato. Parimenti condannato dall'ordine dei medici (nonché da Papa Francesco) è il cosiddetto accanimento terapeutico, cioè il protrarsi di inutili trattamenti sanitari.

I principi posti a fondamento della Dichiarazione internazionale dei diritti dell'uomo e della nostra Costituzione delimitano l'ambito intangibile della vita e della dignità umana, che non può esser sottoposto al potere umano. Lo scopo di queste norme è opportunamente quello di tutelare il soggetto più debole; la società civile, infatti, non può accettare che qualcuno, peraltro di difficile individuazione, di propria iniziativa ponga fine ad una vita, anche se si tratta di una persona che soffre, ma deve interrogarsi se sia stato fatto tutto il possibile per lenire il dolore, supportare le difficoltà della persona ed evitare, quindi, di portarla alla disperazione che invoca la morte. Compito della società è garantire e tutelare la vita dei cittadini assicurando loro tutti i mezzi a disposizione per le terapie curative o palliative migliori, a garanzia di un'esistenza dignitosa fino all'ultimo.

Il presente intervento normativo mira a far sì che ogni individuo, nel pieno possesso della capacità di intendere e volere, cioè di comprensione e conseguente autodeterminazione, possa preventivamente disporre, nei limiti consentiti dalle norme costituzionali, civili e penali, in merito ai trattamenti sanitari cui intenda o meno essere sottoposto, al trattamento del proprio corpo o delle proprie spoglie, nonché esprimere le proprie convinzioni religiose.

Tale esternazione può essere effettuata attraverso due mezzi: la dichiarazione anticipata di trattamento, con la quale dare precise indicazioni in merito alle proprie scelte sanitarie, oppure, in previsione dello stato di incapacità che può sopraggiungere in presenza di alcune patologie, il mandato in previsione dell'incapacità, delegando una persona affinché decida in nome e per conto del fiduciario in merito ai trattamenti cui essere sottoposto.

La formalizzazione di tale volontà si rende, poi, oggi ancor più necessaria in conseguenza del venir meno, in casi sempre più frequenti, della famiglia quale naturale filtro, sostegno e assistenza del malato.

Presupposto di tale esternazione di volontà è il diritto del paziente di conoscere e di essere informato in modo completo sui dati sanitari che lo riguardano, sulla diagnosi, sulla prognosi, sui vantaggi e rischi delle procedure diagnostiche e terapeutiche suggerite dal medico e su ogni possibile alternativa, in modo che possa esprimere, nel pieno possesso delle sue capacità, il proprio consenso o rifiuto in relazione ai trattamenti sanitari che stiano per essere eseguiti o che siano prevedibili nello sviluppo della patologia in atto.

Il presente disegno di legge riscrive completamente, quindi, la legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento», per colmare le criticità della stessa di seguito indicate.

Già durante la discussione al Senato, in sede di approvazione della stessa, la prima firmataria del presente disegno di legge aveva evidenziato numerosi profili critici: come già allora ampiamente dimostrato e anticipato da oltre 250 giuristi nelle loro dichiarazioni pubbliche, essa si scontra infatti con gli articoli 2, 3, 13 e 32 della nostra Costituzione.

Innanzitutto il termine «disposizioni» al contrario di «dichiarazioni» è qualcosa che nessuno può confutare; quindi si riduce il medico a un esecutore testamentario. Peraltro, a questo riguardo la nostra Costituzione vieta l'eutanasia, l'omicidio del consenziente, l'istigazione e l'aiuto al suicidio, ma in realtà nel caso della legge n. 219 del 2017 si rende disponibile il bene della vita (contrariamente a ciò che invece la nostra Costituzione dichiara) e pertanto, come è disponibile la vita, potrebbero esserlo anche il sangue, un rene, la vendita di un nostro organo, del nostro corpo (si pensi, ad esempio, alla pratica dell'utero in affitto). Tale impostazione, quindi, decisamente va contro un principio costituzionale molto importante.

C'è un altro punto importantissimo, quello che riguarda la definizione dei termini «nutrizione» e «idratazione». Ora, il fatto che queste non siano considerate come trattamenti di cura della persona ma come trattamenti sanitari è veramente qualcosa che porta la persona, tra atroci sofferenze, alla morte. Quindi, è certamente un modo ipocrita di voler accompagnare, come si dice, le dichiarazioni e le disposizioni della persona stessa.

La soppressione e l'interruzione della nutrizione e dell'idratazione obbligano il medico a contribuire attivamente alla morte del paziente. E questo diventa un atto di eutanasia attiva. Non parliamo, poi, della revoca delle DAT (dichiarazioni anticipate di trattamento). Chiaramente una persona può revocare le proprie disposizioni, ma se questa persona non è cosciente nel momento in cui, come è stato già sottolineato, è ricoverata in ospedale, in che situazione si troverà il medico del pronto soccorso quando dovrà decidere in fretta se intubare o meno un paziente, magari davanti a dichiarazioni rilasciate, ma poi dimenticate, venti anni prima?

Quindi, che fa il medico? Se salva la vita al paziente riceverà il ringraziamento della famiglia, che dirà che è un miracolo che il paziente sia vivo. Ma se, per caso, il medico lo intuba e poi dagli esiti della patologia per la quale è stato intubato dovessero derivare danni, il medico sarà denunciato, magari anche dai familiari o dal paziente stesso. Cosa deve fare allora un medico? E' quel che si chiedono i firmatari della presente proposta. E come si può pensare di non disporre di un registro nazionale, perché un medico possa immediatamente essere a conoscenza di quanto il paziente ha dichiarato in Piemonte o in Calabria, nel caso egli si trovi, magari, a dover intervenire in Puglia? Cosa deve aspettare?

Noi dobbiamo rinnovare la patente, dobbiamo rinnovare la carta di identità, dobbiamo rinnovare il passaporto ma, per queste dichiarazioni, basta anche soltanto una registrazione fatta magari tra ragazzi,

su un telefonino con dei testimoni, perché esse siano valide quaranta anni dopo, quando uno potrebbe anche averle dimenticate. Sembra veramente una norma concepita molto male.

Non parliamo, poi, della disciplina sui minori. Basti ricordare il caso del bambino inglese Charlie Gard: praticamente, nel caso in cui ci sia un'alleanza terapeutica tra la famiglia e i medici nel sostenere la terapia della persona minore, se qualcuno non è d'accordo interviene il giudice e si fa ciò che dice il giudice.

È una legge fatta male, che nuocerà alle persone alle quali pur si vorrebbero, pubblicamente, garantire i diritti. Essa stravolge anche i principi dell'articolo 13 della Costituzione, in tema di inviolabilità dei diritti della persona, perché è risaputo che, nel fare il proprio lavoro, un medico può trovarsi in contrapposizione coi principi dell'articolo 13. Ma cos'è un medico? È un violento? Il suo agire è equiparabile al sequestro di persona? Ci si chiede veramente come ciò sia possibile.

Anche per effetto dell'articolo 1, comma 6, della legge, il medico risulta sempre soggetto, potenzialmente, a denunce o azioni di danno senza alcuna garanzia. Se il medico avrà rispettato la volontà del paziente lasciandolo morire, potrà comunque incorrere in denunce penali o azioni civili di familiari che gli contesteranno di non aver praticato le nuove terapie. Se avrà disatteso le DAT praticando al paziente trattamenti sanitari, andrà incontro ad analoghe denunce se in seguito a questi la guarigione non sarà certa al 100 per cento. Non si prevede l'obiezione di coscienza, perché il testo dichiara esplicitamente che qualsiasi persona e struttura sanitaria, pubblica o privata, deve garantire l'attuazione della legge, annullando quindi, di fatto, l'obiezione di coscienza. È noto che esiste un codice deontologico per i medici e che questa legge va esattamente nella direzione contraria al giuramento pronunciato dal medico nel momento in cui diventa ufficialmente medico, alla Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, di cui alla legge 28 marzo 2001, n. 145, e a numerose altre convenzioni sulla dignità della persona.

In sintesi il presente disegno di legge, composto da due articoli, riscrive interamente la citata legge n. 219 del 2017, sulla base dei principi sopra descritti.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219)

1. Gli articoli 1, 2, 3, 4, 5 e 6 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, sono sostituiti dai seguenti:

«Art. 1. - *(Oggetto e finalità)* - 1. La presente legge, tenendo conto dei principi di cui agli articoli 2, 3, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea:

a) riconosce e tutela il diritto alla vita quale inviolabile ed indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell'esistenza e nell'ipotesi in cui la persona non sia più in grado di intendere e di volere, fino alla morte accertata nei modi di legge;

b) riconosce l'attività medica e quella di assistenza alle persone finalizzate esclusivamente alla tutela della vita e della salute nonché all'alleviamento della sofferenza;

c) vieta, ai sensi degli articoli 575, 579 e 580 del codice penale, ogni forma di eutanasia e ogni forma di assistenza o di aiuto al suicidio;

d) impone l'obbligo al medico di informare il paziente sui trattamenti sanitari più appropriati, salvo quanto previsto dall'articolo 2, comma 4, e sul divieto di qualunque forma di eutanasia;

e) riconosce che nessun trattamento sanitario può essere attivato a prescindere dall'espressione del consenso informato ai sensi dell'articolo 2, fermo restando il principio per cui la salute deve essere tutelata come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge e con i limiti imposti dal rispetto della persona umana;

f) garantisce che, in caso di pazienti in stato di fine vita o in condizioni di morte prevista come imminente, il medico debba astenersi da trattamenti straordinari non proporzionati rispetto alle condizioni cliniche del paziente o agli obiettivi di cura.

2. La presente legge garantisce, nell'ambito degli interventi già previsti a legislazione vigente, politiche sociali ed economiche volte alla presa in carico del paziente, e in particolare dei soggetti incapaci di intendere e di volere, siano essi cittadini italiani, stranieri o apolidi, e della loro famiglia.

3. I pazienti di cui al comma 1, lettera *f*), hanno diritto a essere assistiti mediante un'adeguata terapia contro il dolore, secondo quanto previsto dai protocolli per le cure palliative, ai sensi della normativa vigente in materia.

Art. 2. - (*Consenso informato*). - 1. Salvi i casi previsti dalla legge, ogni trattamento sanitario è attivato previo consenso informato esplicito e attuale del paziente, prestato in modo libero e consapevole.

2. L'espressione del consenso informato è preceduta da corrette informazioni rese dal medico curante al paziente in maniera comprensibile circa diagnosi, prognosi, scopo e natura del trattamento sanitario proposto, benefici e rischi prospettabili, eventuali effetti collaterali nonché circa le possibili alternative e le conseguenze del rifiuto del trattamento.

3. L'alleanza terapeutica costituitasi all'interno della relazione fra medico e paziente ai sensi del comma 2 si esplicita, se il medico lo ritiene necessario o se il paziente lo richiede, in un documento di consenso informato firmato dal paziente e dal medico. Tale documento è inserito nella cartella clinica su richiesta del medico o del paziente.

4. È fatto salvo il diritto del paziente di rifiutare in tutto o in parte le informazioni che il medico è tenuto a rendere ai sensi del comma 2. Il rifiuto può intervenire in qualunque momento ed è reso esplicito in un documento sottoscritto dal paziente, che è inserito nella cartella clinica.

5. Il consenso informato al trattamento sanitario è sempre revocabile, anche parzialmente. La revoca è annotata nella cartella clinica.

6. Per i soggetti interdetti il consenso informato è prestato dal tutore, che sottoscrive il documento di cui al comma 3. Per i soggetti inabilitati e per i minori emancipati il consenso informato è prestato congiuntamente dal soggetto interessato e dal curatore. Qualora sia stato nominato un amministratore di sostegno e il decreto di nomina preveda l'assistenza o la rappresentanza in ordine alle situazioni di carattere sanitario, il consenso informato è prestato dal soggetto interessato e dall'amministratore di sostegno, o dal solo amministratore di sostegno. I soggetti di cui al presente comma assumono le decisioni in tema di consenso informato nonché quelle relative alla dichiarazione anticipata di trattamento, di cui all'articolo 3, commi da 1 a 3, avendo come scopo esclusivo la salvaguardia della vita e della salute psico-fisica del soggetto affidato alla loro tutela, cura o amministrazione.

7. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la potestà genitoriale o la tutela dopo avere attentamente ascoltato il minore, avendo come scopo esclusivo la salvaguardia della vita e della salute psico-fisica del minore.

8. Per gli interdetti e gli inabilitati il personale sanitario è comunque tenuto, in assenza di una dichiarazione anticipata di trattamento, ad operare avendo come scopo esclusivo la salvaguardia della vita e della salute psico-fisica del paziente.

9. Il consenso informato al trattamento sanitario non è richiesto nelle situazioni di emergenza, in cui si configuri una condizione di rischio attuale e immediato per la vita del paziente.

Art. 3. - (*Dichiarazione anticipata di trattamento*). - 1. Nella dichiarazione anticipata di trattamento il dichiarante, in stato di piena capacità di intendere e di volere e di compiuta informazione medico-clinica, con riguardo a un'eventuale futura perdita permanente della propria capacità di intendere e di volere, esprime orientamenti e indicazioni utili per il medico circa l'attivazione di trattamenti terapeutici, purché in conformità a quanto stabilito dalla presente legge.

2. Nella dichiarazione anticipata di trattamento può essere esplicitata la rinuncia da parte del dichiarante a ogni o solo ad alcune forme particolari di trattamenti terapeutici, in quanto di carattere sproporzionato o sperimentale.

3. Nella dichiarazione anticipata di trattamento il dichiarante non può esprimere orientamenti che integrino le fattispecie di cui agli articoli 575, 579 e 580 del codice penale.

4. Anche nel rispetto della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità,

fatta a New York il 13 dicembre 2006, e resa esecutiva ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, l'alimentazione e l'idratazione, nelle diverse forme in cui la scienza e la tecnica possono fornirle al paziente, sono 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. Esse non possono formare oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento.

5. La dichiarazione anticipata di trattamento assume rilievo nel momento in cui è accertato che il dichiarante abbia perduto permanentemente la propria capacità di intendere e di volere e non sia più in grado di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze e conseguentemente non possa assumere decisioni che lo riguardano. Tale accertamento è certificato da un collegio medico formato, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, da un anestesista-rianimatore, da un neurologo, dal medico curante e da un medico specialista nella patologia da cui è affetto il paziente. Tali medici, ad eccezione del medico curante, sono designati dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero o, ove necessario, dall'azienda sanitaria locale di competenza.

6. Le dichiarazioni anticipate di trattamento non sono obbligatorie, sono adottate in piena libertà e consapevolezza e redatte in forma scritta con atto avente data certa e firma del soggetto interessato maggiorenne, dotato di piena capacità di intendere e di volere e che abbia ricevuto una compiuta e puntuale informazione medico-clinica, e sono raccolte esclusivamente dal medico di medicina generale, che contestualmente le sottoscrive.

7. Eventuali indicazioni o orientamenti espressi nella dichiarazione anticipata di trattamento al di fuori delle forme e dei modi previsti dalla presente legge non hanno valore e non possono essere utilizzati ai fini della ricostruzione della volontà del dichiarante.

8. Salvo che il soggetto sia divenuto incapace, la dichiarazione anticipata di trattamento ha validità per un periodo di cinque anni a decorrere dalla data della sua sottoscrizione ai sensi del comma 6, decorso il quale la dichiarazione perde ogni efficacia. La dichiarazione anticipata di trattamento può essere rinnovata più volte, con le forme e le modalità di cui al citato comma 6.

9. La dichiarazione anticipata di trattamento è revocabile, anche parzialmente, o modificabile in ogni momento dal soggetto interessato, con le forme e le modalità di cui al comma 6.

10. La dichiarazione anticipata di trattamento è inserita nella cartella clinica dal momento in cui le indicazioni e gli orientamenti in essa contenuti assumono rilievo dal punto di vista clinico.

11. La dichiarazione anticipata di trattamento non si applica nelle situazioni di emergenza, e in ogni caso in cui si configuri una condizione di rischio attuale e immediato per la vita del paziente.

12. Al fine di garantire l'equità nell'accesso all'assistenza e la qualità delle cure, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, si provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, con l'inserimento dell'assistenza sanitaria alle persone in stato vegetativo o aventi altre forme neurologiche correlate, da assicurare mediante prestazioni ospedaliere, residenziali e domiciliari secondo le modalità previste dall'accordo sancito dalla Conferenza unificata in data 5 maggio 2011, sulle Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 1° giugno 2011. L'assistenza domiciliare, di norma, è garantita dall'azienda sanitaria locale competente nel territorio in cui si trova il soggetto in stato vegetativo.

Art. 4. - (*Fiduciario*). - 1. Nella dichiarazione anticipata di trattamento il dichiarante può nominare un fiduciario maggiorenne, capace di intendere e di volere, il quale accetta la nomina sottoscrivendo la dichiarazione.

2. Il dichiarante che ha nominato un fiduciario può sostituirlo in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza alcun obbligo di motivazione.

3. Il fiduciario, se nominato, è l'unico soggetto legalmente autorizzato ad interagire con il medico e si impegna ad agire nell'esclusivo e migliore interesse del dichiarante, operando sempre e solo secondo le intenzioni e gli orientamenti da questi legittimamente esplicitati nella dichiarazione anticipata di

trattamento.

4. Il fiduciario è legittimato a richiedere al medico e a ricevere dal medesimo ogni informazione sullo stato di salute del dichiarante.

5. Il fiduciario, se nominato, si impegna a vigilare perché al paziente vengano somministrate le migliori terapie palliative disponibili, evitando situazioni di accanimento terapeutico o di abbandono terapeutico.

6. Il fiduciario, se nominato, si impegna a verificare attentamente che non si determinino a carico del paziente situazioni che integrino le fattispecie di cui agli articoli 575, 579 e 580 del codice penale.

7. Il fiduciario può rinunciare all'incarico, con comunicazione scritta al dichiarante o, qualora quest'ultimo sia incapace di intendere e di volere, al medico responsabile del trattamento terapeutico.

8. In caso di mancata nomina del fiduciario, i compiti previsti ai commi da 3 a 6 sono adempiuti dai familiari indicati al libro secondo, titolo II, capi I e II, del codice civile.

Art. 5. - (*Obblighi del medico*). - 1. Gli orientamenti espressi dal paziente nella dichiarazione anticipata di trattamento sono valutati dal medico curante che, sentito il fiduciario o i familiari di cui all'articolo 4, comma 8, annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene di seguirli o meno.

2. Qualora il medico curante non intenda seguire gli orientamenti espressi dal paziente, le relative motivazioni devono essere espresse in modo approfondito e sottoscritte dal medico stesso nella cartella clinica e in un documento scritto, che è allegato alla dichiarazione anticipata di trattamento.

3. Il medico non può prendere in considerazione orientamenti volti a cagionare la morte del paziente o comunque in contrasto con disposizioni di legge o con la deontologia professionale. Tali orientamenti sono valutati dal medico, sentito il fiduciario o i familiari di cui all'articolo 4, comma 8, in scienza e in coscienza, nel rispetto del principio dell'inviolabilità della vita umana e della tutela della salute e della vita e in applicazione dei principi di precauzione, proporzionalità e prudenza.

Art. 6. - (*Norme finali*). - 1. È istituito il registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento nell'ambito di un archivio unico nazionale informatico. Il titolare del trattamento dei dati contenuti nell'archivio è il Ministero della salute.

2. Con regolamento da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, stabilisce le regole e le modalità di accesso, di tenuta e di consultazione del registro di cui al comma 1. Con il medesimo regolamento sono altresì definiti i termini e le forme per la compilazione delle dichiarazioni anticipate di trattamento presso il medico di medicina generale e per la registrazione presso le aziende sanitarie locali, le modalità di conservazione delle dichiarazioni anticipate di trattamento presso le aziende sanitarie locali e le modalità di trasmissione telematica al registro di cui al comma 1. Le informazioni concernenti la dichiarazione anticipata di trattamento, comprese quelle relative alle modalità di compilazione e di registrazione, sono rese disponibili al pubblico nel sito *internet* istituzionale del Ministero della salute.

3. La dichiarazione anticipata di trattamento, le copie della stessa, le certificazioni e qualsiasi altro documento cartaceo o elettronico ad essa connesso e da essa dipendente non sono soggetti all'obbligo di registrazione e sono esenti dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo o imposta».

Art. 2.

(*Disposizioni finali*)

1. I documenti atti ad esprimere le volontà del dichiarante in merito ai trattamenti sanitari, adottati in applicazione della legge 22 dicembre 2017, n. 219, nel testo vigente prima della data di entrata in vigore della presente legge, sono nulli.

2. Eventuali indicazioni o orientamenti in merito ai trattamenti sanitari, che non siano espressi nelle forme e con le modalità previste dalla presente legge, non hanno valore e non possono essere utilizzati ai fini della ricostruzione della volontà del soggetto che li ha espressi.

