

Senato della Repubblica  
XIX Legislatura

Fascicolo Iter  
**DDL S. 570**

Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita

21/04/2024 - 05:19

# Indice

1. DDL S. 570 - XIX Leg. ....	1
1.1. Dati generali .....	2
1.2. Testi .....	3
1.2.1. Testo DDL 570 .....	4
1.3. Trattazione in Commissione .....	10
1.3.1. Sedute .....	11
1.3.2. Resoconti sommari .....	12
1.3.2.1. 2 <sup>a</sup> (Giustizia) e 10 <sup>a</sup> (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) .....	13
1.3.2.1.1. 2 <sup>a</sup> (Giustizia) e 10 <sup>a</sup> (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) - Seduta n. 8 (ant.) del 04/04/2024 .....	14

## **1. DDL S. 570 - XIX Leg.**

# 1.1. Dati generali

---

---

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

## **1.2. Testi**

## 1.2.1. Testo DDL 570

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

Senato della Repubblica XIX LEGISLATURA

N. 570

### DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **DE CRISTOFARO**, **CUCCHI**, **Aurora FLORIDIA** e **MAGNI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 2 MARZO 2023

Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita

Onorevoli Senatori. - Il presente disegno di legge è finalizzato a introdurre nel nostro ordinamento norme che consentano e disciplinino la morte volontaria medicalmente assistita. La richiesta del trattamento eutanasi è riservata alla persona maggiore di età, capace di intendere e di volere, le cui sofferenze fisiche o psichiche siano irreversibili, costanti o insopportabili, o che sia affetto da una patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta.

Il nostro ordinamento attualmente non tutela adeguatamente e in modo organico il diritto al fine vita. In particolare, l'ordinanza n. 207 del 2018 e della sentenza n. 242 del 25 settembre 2019 della Corte costituzionale hanno innescato un dibattito sul tema del fine vita che è culminato nell'approvazione, durante la scorsa legislatura del disegno di legge n. 2553 alla Camera, intitolato « Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita », mai approvato dal Senato a causa della anticipata chiusura della legislatura.

La sentenza della Corte costituzionale 25 settembre 2019, n. 242, come è noto, ha dichiarato l'illegittimità dell'articolo 580 del codice penale nella parte in cui rende punibile chi, nel rispetto delle modalità stabilite dagli articoli 1 e 2, legge 22 dicembre 2017, n. 219, « 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 ». Alla luce dei requisiti stabiliti in relazione alla condizione del malato, sarebbe restata in vigore la punibilità dell'aiuto al suicidio di malati non tenuti in vita da trattamenti di sostegno vitale, anche se affetti da una patologia irreversibile e fonte di intollerabili sofferenze fisiche o psicologiche quali, a titolo esemplificativo, tumori, forme di paralisi e malattie degenerative bisognose di continua assistenza medica e portatrici di dolori intollerabili, depressioni acute e così via. In sostanza quindi, le situazioni sottratte dalla Corte all'operatività dell'articolo 580 del codice penale coprono solo una parte del più vasto scenario di malattie irreversibili, fonti di intollerabili dolori e profondamente offensive della dignità del malato e, in siffatti contesti, l'aiuto al suicidio non presenta una sostanziale differenza rispetto all'omicidio del consenziente e non coinvolge comunque la citata sentenza n. 242. Questo in ragione del fatto che la Corte costituzionale, attraverso l'appropriato utilizzo dei propri poteri, ha definito la vicenda oggetto del giudizio di merito, affidando il prosieguo al Parlamento.

Per quanto concerne l'approvazione del disegno di legge in materia di morte volontaria medicalmente assistita (atto Camera n. 2553 della XVIII legislatura) da parte della Camera dei deputati si evidenzia come, anche dopo l'esame in Commissione, non siano stati superati alcuni profili problematici del testo.

La proposta intendeva regolare la facoltà della persona affetta da una patologia irreversibile e con prognosi infausta, o da una condizione clinica irreversibile, di chiedere assistenza medica per porre

fine volontariamente e autonomamente alla propria vita, alle condizioni ivi previste. In tale prospettiva, si mantiene fermo l'oggetto della disciplina, limitato alla richiesta di aiuto al suicidio, senza considerare i casi in cui pur versandosi in analoghe condizioni di salute non si sia (più) in grado di compiere l'ultimo atto autonomo per eseguire il proposito suicidario.

Se, quindi, da un lato il legislatore ha avviato il percorso per la costruzione di un vero e proprio diritto di accesso a tale prestazione, a fronte della sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale, che ha potuto « solo » occuparsi del perimetro di liceità della condotta di terzi che aiutino al suicidio le persone che si trovano in determinate condizioni di salute (essendo questa la specifica questione posta alla Corte, avente a oggetto l'articolo 580 codice penale), dall'altro non si è inteso prendere in considerazione la pur diversa (ma certamente assimilabile) situazione di coloro che, a causa della patologia da cui sono affetti, non sono in grado di dare esecuzione all'ultimo atto autonomo per porre fine alla loro vita (rendendosi in tali casi necessario non l'aiuto al suicidio, ma una vera e propria condotta eutanasi). Con riguardo, ancora una volta, alla condotta dei terzi e non già all'individuazione di un diritto a richiedere il proprio omicidio, come è noto, la Corte costituzionale si è pronunciata nel senso dell'inammissibilità del quesito referendario sull'articolo 579 del codice penale, che mirava a rendere lecita la relativa condotta, tranne nei casi previsti al terzo comma, nn. 1), 2) e 3) (Corte costituzionale, sentenza n. 50 del 15 febbraio 2022).

Nel testo approvato dalla Camera, inoltre, permangono alcuni riferimenti che paiono porsi in contrasto con quanto chiaramente indicato dalla Corte nella sentenza n. 242 del 2019.

Innanzitutto, continua a richiedersi la capacità di intendere e di volere, oltre alla capacità di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli, quale requisito per l'accesso alla prestazione dell'aiuto al suicidio, mentre la Corte costituzionale nella sentenza n. 242 del 2019 aveva in modo significativo richiamato (solo) la capacità di prendere decisioni libere e consapevoli.

In secondo luogo, rispetto alle condizioni di salute il testo prevede che la patologia irreversibile debba anche avere una prognosi infausta e che le sofferenze patite debbano essere sia fisiche sia psichiche, mentre la Corte costituzionale aveva posto in alternativa i due aggettivi.

Ancora, nella procedura che conduce all'esecuzione del proposito suicidario sono chiamati a intervenire molteplici soggetti (il Servizio sanitario nazionale, il medico curante, il medico specialista, i componenti del Comitato per la valutazione clinica) e la stessa viene scandita secondo tappe temporali talvolta non definite (con rischi di espansione dei tempi non controllabile), talaltra invece forse eccessive. Di questo profilo, peraltro, si mostra consapevole lo stesso legislatore, che in tale prospettiva opportunamente impone un adeguato supporto medico e psicologico al paziente nelle more delle valutazioni richieste. Il presente disegno di legge intende quindi colmare una lacuna normativa non più giustificabile né dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, né dalla Corte costituzionale. Dà inoltre una risposta alle tante persone che reclamano il rispetto della propria dignità nella morte e che, per vedere garantito questo loro diritto, sono spesso costretti a un viaggio verso i Paesi dove l'eutanasia o il suicidio assistito sono legali.

Il disegno di legge in oggetto cerca di compiere un passo avanti in tema di diritti civili e di libertà. Il diritto alla vita, insieme al diritto alla salute, sono ampiamente garantiti dalla nostra Costituzione. Il bilanciamento tra principi fondamentali è tuttavia necessario, diversamente si condannerebbe la nostra Carta costituzionale a un immobilismo che non può garantirne l'adeguamento rispetto al progresso scientifico e ai mutamenti sociali e culturali. Già la legge n. 219 del 2017, in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento, tutela la libertà di potersi determinare anche fino alla rinuncia alle cure e alla vita. La concezione di un diritto alla vita in senso assolutistico lascia spazio a una sempre maggiore considerazione del diritto all'autodeterminazione, di cui all'articolo 3 della Costituzione. Uno Stato responsabile deve garantire ai malati il diritto all'autodeterminazione fino alla fase ultima della loro vita, nel rispetto della dignità della persona umana. Il professor Stefano Rodotà disse: « Ecco, questo è il tipo di intervento che il pubblico deve fare: io devo poter essere libero di decidere se proseguire la mia vita. Libero, per esempio, dal condizionamento che mi può venire da un dolore drammatico che non sono in condizione di poter lenire perché c'è una serie di norme - come quelle sulle sostanze stupefacenti - che mi impediscono di usare farmaci oppiacei o a

base di cannabis. Il pubblico, allora, deve intervenire per permettermi di esercitare in piena libertà il mio diritto a scegliere se continuare a vivere - senza dolore - o morire dignitosamente ».

Il presente disegno di legge si compone di sette articoli.

L'articolo 1 riassume le finalità della legge e i principi etici sui quali la stessa si basa per garantire una buona qualità della vita, libera da sofferenze evitabili grazie al progresso scientifico. Nel rispetto di quanto disposto sia dalla Costituzione, sia dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, sia dalla Convenzione di Oviedo per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina, viene tutelato il diritto alla dignità e all'autodeterminazione della persona, attraverso una legge che regola l'eutanasia.

L'articolo 2 definisce il trattamento eutanasi come la somministrazione di farmaci al richiedente, versante nelle condizioni di salute di cui all'articolo 3, operata da personale medico sanitario che pone fine alla vita del paziente in modo immediato e indolore.

L'articolo 3 reca le condizioni e i presupposti per poter richiedere il trattamento eutanasi, disponendo che ha diritto di chiedere tale trattamento il paziente maggiore di età, capace di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli e le cui sofferenze fisiche o psichiche siano insostenibili e irreversibili, o che sia affetto da una patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta.

L'articolo 4 dispone che la richiesta di trattamento eutanasi sia attuale, informata, consapevole, libera ed esplicita. La richiesta deve essere manifestata per iscritto e nelle forme dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata, o verbalmente al medico di medicina generale o a quello che ha in cura il paziente, il quale è obbligato a redigere apposito verbale, rivestendo a tal fine la qualità di pubblico ufficiale. La richiesta può essere revocata in qualsiasi momento senza requisiti di forma e con ogni mezzo idoneo a palesare la volontà.

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. La richiesta di trattamento eutanasi 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. 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.

Il paziente acconsente, inoltre, a che la richiesta di trattamento eutanasi venga documentata con videoregistrazione o qualunque altro dispositivo idoneo che 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. Dispone poi espressamente le modalità attraverso le quali tale richiesta debba essere indirizzata al medico curante. L'articolo 5, rubricato « Modalità » stabilisce che il trattamento avvenga nel rispetto della dignità della persona malata e in modo da scongiurare ulteriori sofferenze ed evitare abusi. Esso regola altresì le modalità attraverso le quali il medico redige il rapporto sulle condizioni cliniche e psicologiche del richiedente e sulle motivazioni che l'hanno determinata, e lo trasmette al Comitato per la valutazione clinica di cui all'articolo 7 territorialmente competente e all'interessato. È inoltre previsto che il decesso a seguito di trattamento eutanasi sia equiparato al decesso per cause naturali a tutti gli effetti di legge.

L'articolo 6, comma 1, prevede i casi di non punibilità, specificando che le disposizioni degli articoli 575 (omicidio), 579 (omicidio del consenziente), 580 (istigazione o aiuto al suicidio) e 593 (omissione di soccorso) del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario che abbiano praticato trattamenti eutanasi, provocando la morte del paziente, e a tutti coloro che agevolino o aiutino il paziente nell'accesso al trattamento eutanasi, al sussistere di determinate condizioni dettagliatamente specificate, le quali devono sussistere contemporaneamente. Il trattamento eutanasi non è assolutamente contemplato dai codici del nostro Paese, ragion per cui esso è assimilabile ai citati reati, pertanto la disposizione del comma 1 esclude che le condotte del personale medico e sanitario relative



al trattamento eutanasi disciplinato dalla legge e di tutti coloro che abbiano agevolato o aiutato il paziente nell'accesso al trattamento eutanasi possano configurare le fattispecie di tali reati. Al comma 2 si precisa che le strutture sanitarie pubbliche sono tenute a garantire il rispetto della volontà manifestata ai sensi dell'articolo 4. In caso contrario, in aggiunta a ogni altra conseguenza penale o civile ravvisabile nei fatti, esse saranno tenute al risarcimento del danno, morale e materiale, provocato.

L'articolo 7 è dedicato ai Comitati per la valutazione clinica e alla relazione, demandata al Ministero della salute, sullo stato di attuazione della legge.

Nello specifico, al comma 1 è previsto che, con regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della 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. I commi 2 e 3 ne regolano il funzionamento. Il comma 4 prevede che il Ministro della salute presenti annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione della legge.

## DISEGNO DI LEGGE

### Art. 1.

#### *(Finalità)*

1. La presente legge tutela il diritto alla dignità e all'autodeterminazione della persona, garantendo una buona qualità della vita, libera da sofferenze non necessarie, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 3, 4, 6 e 7 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, nonché della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, adottata a Oviedo il 4 aprile 1997, e ratificata ai sensi della legge 28 marzo 2001, n. 145.

### Art. 2.

#### *(Definizione di trattamento eutanasi)*

1. Ai fini della presente legge, per « morte volontaria medicalmente assistita », o « trattamento eutanasi », si intendono la pratica di autosomministrazione, sotto supervisione medica, di farmaci aventi lo scopo di provocare la morte immediata e indolore al paziente che presta il suo consenso, e la diretta somministrazione, da parte del personale medico al consenziente, di farmaci aventi lo scopo di provocare la morte immediata e indolore.

### Art. 3.

#### *(Condizioni e presupposti)*

1. Il paziente, maggiore di età e capace di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli, le cui sofferenze fisiche o psichiche sono insostenibili e irreversibili, o che sia affetto da una patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, ha diritto di richiedere il trattamento eutanasi.

### Art. 4.

#### *(Requisiti e forma della richiesta)*

1. La richiesta di trattamento eutanasi 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, o verbalmente al medico di medicina generale o a quello che ha in cura il paziente, il quale è obbligato a redigere apposito verbale, rivestendo a tal fine la qualità di pubblico ufficiale. 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 di cui al comma 1 può essere espressa e documentata con videoregistrazione o con qualunque altro dispositivo idoneo a 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 cui al comma 1, manifestata in una delle forme di cui ai commi 1 e 2, 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.

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

Art. 5.

*(Modalità)*

1. Il trattamento eutanasi deve avvenire nel rispetto della dignità del richiedente e in modo da non provocare ulteriori sofferenze ed evitare abusi. Il richiedente ha la facoltà di indicare chi deve essere informato del trattamento medesimo 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 trattamento eutanasi, 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 a essa pertinente.

3. Il rapporto di cui al comma 2 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 altresì se la persona è a conoscenza del diritto di accedere alle cure palliative nonché 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 trattamento eutanasi non sia libera, consapevole e informata.

4. Per la redazione del rapporto di cui al comma 2 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. Qualora 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 trattamento eutanasi la possibilità di ricorrere al giudice cautelare territorialmente competente, entro il termine di sessanta giorni dalla data di ricezione della decisione motivata del medico o del parere contrario del Comitato.

5. Il Comitato per la valutazione clinica, entro trenta giorni dalla data della ricezione del rapporto di cui al comma 2, esprime un parere motivato sull'esistenza dei presupposti e dei requisiti stabiliti dalla presente legge a supporto della richiesta di trattamento eutanasi 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 trattamento eutanasi 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 a tutta la documentazione in suo possesso, alla direzione sanitaria dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera di riferimento, che deve attivare le verifiche necessarie a garantire che il decesso avvenga, nel rispetto delle modalità di cui al comma 1, 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. La richiesta, la documentazione e il parere di cui al presente articolo fanno parte integrante della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico, ove già attivato.

9. 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 del trattamento eutanasico e che permangano tutte le condizioni di cui all'articolo 3.

10. Il decesso a seguito di trattamento eutanasico è equiparato al decesso per cause naturali a tutti gli effetti di legge.

Art. 6.

*(Esclusione di punibilità)*

1. Le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario che abbiano praticato trattamenti eutanasici, provocando la morte del paziente, e a tutti coloro che agevolino o aiutino il paziente nell'accesso al trattamento eutanasico, qualora ricorrano contemporaneamente le seguenti condizioni:

a) la richiesta provenga dal paziente, sia attuale e sia inequivocabilmente accertata;

b) il paziente sia maggiorenne;

c) il paziente non si trovi in stato, neppure temporaneo, di incapacità di intendere e di volere;

d) la richiesta sia motivata dal fatto che il paziente è affetto da sofferenze fisiche o psichiche insostenibili e irreversibili, o da una patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta;

e) il paziente sia stato congruamente e adeguatamente informato sulle sue condizioni e su tutte le possibili alternative terapeutiche e prevedibili sviluppi clinici, e abbia discusso di ciò con il medico nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 5;

f) il trattamento eutanasico rispetti la dignità del paziente e non provochi allo stesso sofferenze fisiche.

2. Le strutture sanitarie pubbliche sono tenute a garantire il rispetto della volontà manifestata ai sensi dell'articolo 4. In caso contrario, la struttura sanitaria pubblica è tenuta, in aggiunta a ogni altra conseguenza penale o civile ravvisabile nei fatti, al risarcimento del danno, morale e materiale, provocato.

Art. 7.

*(Comitati per la valutazione clinica e relazione sullo stato di attuazione)*

1. Al fine di garantire la dignità delle persone malate e di sostenere gli operatori delle professioni sanitarie nelle scelte etiche a cui sono chiamati, con regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, entro novanta 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 a 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.

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

## **1.3. Trattazione in Commissione**

## 1.3.1. Sedute

---

---

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

## **1.3.2. Resoconti sommari**

## **1.3.2.1. 2<sup>^</sup> (Giustizia) e 10<sup>^</sup> (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)**

# 1.3.2.1.1. 2<sup>a</sup> (Giustizia) e 10<sup>a</sup> (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) - Seduta n. 8 (ant.) del 04/04/2024

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

COMMISSIONI 2<sup>a</sup> e 10<sup>a</sup> RIUNITE

2<sup>a</sup> (Giustizia)

10<sup>a</sup> (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

GIOVEDÌ 4 APRILE 2024

8<sup>a</sup> Seduta

Presidenza del Presidente della 10<sup>a</sup> Commissione

[ZAFFINI](#)

*Interviene il vice ministro della giustizia Sisto.*

*La seduta inizia alle ore 11,45.*

*IN SEDE REDIGENTE*

**(65) PARRINI e FINA.** - *Disposizioni in materia di terapia del dolore e dignità nella fase finale della vita, nonché modifiche all'articolo 580 del codice penale*

**(104) BAZOLI e altri.** - *Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*

**(124) Elisa PIRRO e altri.** - *Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasico*

**(570) DE CRISTOFARO e altri.** - *Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*

**(1083) PAROLI e altri.** - *Modifiche all'articolo 580 del codice penale e modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di disposizioni anticipate di trattamento e prestazione delle cure palliative*

(Discussione congiunta e rinvio)

Il relatore per la 2a Commissione, senatore [ZANETTIN](#) (FI-BP-PPE), ricapitola preliminarmente gli interventi della Corte costituzionale in materia di fine vita, con particolare riguardo alla sentenza n. 242 del 2019, che ha dichiarato illegittimo, qualora ricorrano determinate condizioni, l'assoggettamento dei casi di suicidio medicalmente assistito al delitto di istigazione o aiuto al suicidio. Tale sentenza ha inoltre ricavato dalle coordinate del sistema vigente i criteri di riempimento costituzionalmente necessari, ancorché non a contenuto costituzionalmente vincolato, fintanto che sulla materia non intervenga il Parlamento.

Si sofferma quindi sui contenuti del disegno di legge n. 104, la cui finalità, specificata dall'articolo 1, consiste nel disciplinare [la facoltà di richiedere assistenza medica allo scopo di porre fine volontariamente ed autonomamente alla propria vita, in presenza di specifici presupposti e condizioni.](#)

L'articolo 2 reca alcune definizioni generali, con riferimento alla disciplina proposta, mentre l'articolo 3 disciplina le condizioni e i presupposti che consentono l'accesso alla morte medicalmente assistita.

L'articolo 4 reca disposizioni concernenti i requisiti e la forma della richiesta di morte volontaria medicalmente assistita.

L'articolo 5 dispone circa le condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio, mentre l'articolo 6 prevede che l'esercente la professione sanitaria non sia tenuto a prendere parte alle procedure per l'assistenza alla morte volontaria medicalmente assistita nel caso di preventiva dichiarazione di obiezione di coscienza.



Il successivo articolo 7 introduce la figura dei comitati per la valutazione clinica presso le aziende sanitarie locali.

L'articolo 8, con riferimento alle procedure di morte volontaria medicalmente assistita eseguite nel rispetto della disciplina in esame, esclude l'applicabilità al medico, al personale sanitario e amministrativo, nonché a chiunque abbia agevolato il malato nell'esecuzione della procedura, delle fattispecie di istigazione o aiuto al suicidio e di omissione di soccorso. Reca in proposito anche una norma transitoria relativa agli eventi di morte medicalmente assistita precedenti all'entrata in vigore della normativa proposta.

L'articolo 9 reca le clausole di invarianza finanziaria, mentre l'articolo 10, oltre a demandare a un decreto ministeriale la definizione di alcune misure attuative, prevede che il Ministro della salute presenti annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione delle disposizioni in esame.

L'articolo 1 del disegno di legge n. 1083 reca, tramite l'aggiunta di un comma all'articolo 580 del codice penale, una diversa articolazione della misura della pena per il reato di istigazione o aiuto al suicidio, prevedendo limiti minimi e massimi più bassi per i casi ivi specificati.

Il successivo articolo 2 apporta una serie di modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, con particolare riguardo alla disciplina in materia di disposizioni anticipate di trattamento e di erogazione di cure palliative.

Il relatore per la 10ª Commissione, senatore [ZULLO \(Fdl\)](#), [dà conto in primo luogo dell'articolo 1 del disegno di legge n. 65, il quale riscrive il primo comma dell'articolo 580 del codice penale distinguendo, anche sul piano sanzionatorio, la condotta della determinazione e del rafforzamento del proposito suicida e la condotta dell'agevolazione dell'esecuzione del suicidio.](#)

L'articolo 4 esclude la punibilità ai sensi dell'articolo 580 del codice penale per coloro che direttamente o indirettamente contribuiscono o abbiano contribuito a cagionare la morte di uno dei soggetti che possono avere accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

L'articolo 2 modifica l'articolo 2 della legge n. 38 del 2010, intervenendo sulle definizioni di "terapia del dolore" e di "paziente", nonché sul successivo articolo 8, che disciplina la formazione e l'aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore.

L'articolo 3 modifica la legge 22 dicembre 2017, n. 219, prevedendo la possibilità, a determinate condizioni, di effettuare la sedazione palliativa profonda continua fino al sopraggiungere della morte. Inoltre è riconosciuta la possibilità per il medico di ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua non solo con il consenso del paziente, ma anche su richiesta dello stesso.

Il disegno di legge n. 124 prevede per ogni soggetto maggiorenne capace di intendere e volere il diritto, a determinate condizioni, al suicidio medicalmente assistito e al trattamento di eutanasia. Le definizioni di "suicidio medicalmente assistito" e di "trattamento eutanasi" sono recate dall'articolo 2.

Il successivo articolo 3 pone le condizioni che legittimano la richiesta di suicidio medicalmente assistito o trattamento eutanasi, da formulare secondo le forme di cui all'articolo 4.

Lo svolgimento delle procedure richieste, garantito dal Servizio sanitario nazionale, è disciplinato dall'articolo 5. Ai sensi dell'articolo 6, tali procedure sono inquadrare come livelli essenziali di assistenza, privi di compartecipazione alla spesa da parte del paziente, e sono effettuate esclusivamente nelle strutture sanitarie pubbliche e private, convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, che erogano anche cure palliative.

Il paziente può indicare le persone che devono essere informate della procedura e quelle che possono assistere alla medesima, mentre il medico che ha ricevuto la richiesta deve redigere un rapporto specifico.

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

L'articolo 7 prevede che il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie possa dichiarare

obiezione di coscienza, al fine dell'esonero dalla partecipazione alle procedure in oggetto.

L'articolo 8 esclude dall'ambito del delitto di istigazione o aiuto al suicidio i soggetti che abbiano partecipato alle procedure oggetto del provvedimento.

L'articolo 9 prevede l'adozione di un regolamento ministeriale attuativo, demanda la definizione di linee guida a un decreto del Ministro della salute e prevede la presentazione di una relazione annuale alle Camere.

Il disegno di legge n. 570 prevede per ogni soggetto maggiorenne capace di intendere e volere il diritto, a determinate condizioni, al trattamento di eutanasia, definito dall'articolo 2. Tale trattamento può essere richiesto dai soggetti con i requisiti di cui all'articolo 3.

La forma e la modalità della richiesta sono disciplinate dall'articolo 4. Il decesso conseguente è giuridicamente equiparato al decesso per cause naturali.

L'articolo 5 reca disposizioni concernenti il rapporto del medico che ha ricevuto la richiesta, da trasmettere al Comitato per la valutazione clinica territorialmente competente e all'interessato. Al Comitato per la valutazione clinica spetta l'espressione di un parere motivato.

Il parere favorevole del Comitato è trasmesso, insieme a tutta la documentazione in possesso del medico, alla direzione sanitaria dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera di riferimento, che deve attivare le verifiche necessarie a garantire che il decesso avvenga nel rispetto delle modalità di cui al comma 1.

La procedura di eutanasia deve svolgersi presso il domicilio del paziente o presso una struttura ospedaliera.

Il comma 1 dell'articolo 6 esclude dall'ambito dei delitti di omicidio, di omicidio del consenziente, di istigazione o aiuto al suicidio e di omissione di soccorso i soggetti che abbiano praticato o agevolato i trattamenti eutanasi.

Il successivo comma 2 dispone che le strutture sanitarie pubbliche garantiscano il rispetto della volontà manifestata ai sensi dell'articolo 4.

L'articolo 7 demanda a un regolamento ministeriale l'istituzione dei comitati per la valutazione clinica presso le aziende sanitarie locali, nonché la definizione della relativa disciplina. Prevede inoltre la presentazione di una relazione annuale alle Camere da parte del Ministro della salute.

Il presidente [ZAFFINI](#) sollecita le valutazioni dei relatori in merito al prosieguo della discussione congiunta.

Il relatore per la 2ª Commissione, senatore [ZANETTIN](#) (*FI-BP-PPE*), prima di passare all'esame del merito dei disegni di legge in discussione, riterrebbe indispensabile un ciclo di audizioni al fine di poter meglio sintetizzare i numerosi aspetti trattati nelle differenti proposte.

Il relatore per la 10ª Commissione, senatore [ZULLO](#) (*FdI*), concorda, richiamando la complessità della materia dei disegni di legge in titolo.

Il presidente [ZAFFINI](#) dichiara aperta la discussione generale. Chiedendo ai commissari di esprimersi in merito alla proposta dei relatori, specifica che il dibattito potrà utilmente avere luogo successivamente allo svolgimento delle audizioni.

Interviene quindi il senatore [BAZOLI](#) (*PD-IDP*) che esprime anzitutto la propria soddisfazione per l'inizio della discussione di un tema come quello del fine vita che, dopo la sentenza della Corte costituzionale, ormai di cinque anni fa, è stato oggetto di tentativi da parte del Parlamento di arrivare ad una definizione legislativa che presenta complessità rilevanti. Peraltro, anche l'attuale Presidente della Corte costituzionale ha invitato di recente il Parlamento a dare una disciplina organica alla materia. Va infatti sottolineato che dopo la sentenza n. 242 del 2019 della Corte, il suicidio medicalmente assistito è già una realtà dell'ordinamento italiano e molte regioni sono intervenute in maniera diversificata per renderlo possibile. Alcune regioni hanno tentato, anche recentemente, di legiferare sul tema, con il risultato che i cittadini si trovano di fronte ad un sistema a macchia di leopardo che cambia a seconda del luogo in cui questa pratica medica si dovrebbe svolgere. Ciò rende ancor più urgente un intervento del Parlamento, auspica dunque che su un tema di questa natura vi sia un atteggiamento aperto e costruttivo da parte di tutte le forze politiche attraverso un confronto che non sia ridotto ad una mera contrapposizione ideologica tra maggioranza ed opposizione o tra destra e

sinistra. La questione riguarda infatti trasversalmente tutta la società e tutte le famiglie. A questo riguardo fa presente che la proposta presentata a sua prima firma in questa legislatura è la riproposizione di un testo a lungo discusso nella scorsa legislatura dalla Camera dei deputati, testo che già rappresenta una mediazione a cui il Parlamento era giunto dopo un lungo dibattito. Ribadisce pertanto l'auspicio che su questo tema si possa trovare un'intesa ampia e dichiara l'avviso favorevole del suo Gruppo allo svolgimento di una serie mirata di audizioni che tuttavia non ritardino troppo la procedura di esame di un provvedimento che già è stato inserito nel programma dei lavori dell'Assemblea.

La senatrice [LOPREIATO](#) (M5S) dichiara di aver apprezzato le relazioni svolte da entrambi i relatori sui disegni di legge congiuntamente in discussione che affrontano in modo abbastanza univoco il tema del suicidio medicalmente assistito. Ritiene al contrario che il disegno di legge n. 1083 sia molto diverso e rappresenti un vistoso passo indietro rispetto ai principi affermati nella ricordata sentenza della Corte costituzionale. Propone pertanto che il provvedimento in questione sia trattato disgiuntamente da tutti gli altri. Concorda invece con la proposta di audizioni avanzate dai relatori nell'auspicio di un lavoro condiviso.

Il senatore [SCALFAROTTO](#) (IV-C-RE) esprime a sua volta soddisfazione perché le Commissioni riunite hanno finalmente dato inizio all'*iter* di provvedimenti che, nella sua visione, devono agevolare l'autonomia di scelta degli individui in tema di fine vita. Al riguardo ritiene necessarie due premesse: in primo luogo appare opportuno che i provvedimenti siano discussi in sede referente affinché anche tutti coloro che non possono prendere parte al dibattito delle Commissioni riunite possano poter decidere in Assemblea su di un tema così delicato e importante per la libertà individuale. In secondo luogo, ritiene che le Commissioni riunite, che stanno dando l'avvio ad una procedura complessa, non possono fare alcun passo indietro rispetto ai principi già affermati dalla Corte costituzionale nella sentenza del 2019. La normativa nazionale sul suicidio assistito che il Parlamento si accinge ad esaminare dovrà pertanto fornire ai cittadini garanzie affinché questa pratica possa essere affrontata da ciascuno a prescindere dal luogo di residenza. Non va infatti dimenticato che molte regioni, come sottolineato anche dal senatore Bazoli, adottino strategie differenti per offrire soluzioni ad un identico problema e che alcuni cittadini debbono addirittura andare in altri Stati per poter garantire la propria autodeterminazione in questa decisione estrema. Ricordando il caso di Sibilla Barbieri che ha pubblicamente giustificato la sua decisione di ricorrere al suicidio assistito, fa presente come quelle dichiarazioni abbiano rappresentato tra l'altro un vero e proprio atto di accusa a tutta la classe politica e ad un Parlamento che su questo tema è risultato inadempiente e renitente. Un passo indietro rispetto ai principi affermati dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 242 del 2019 sarebbe inaccettabile e costringerebbe la Corte a pronunciarsi di nuovo e ciò sarebbe da parte del legislatore un comportamento sbagliato sia politicamente che giuridicamente. Un Paese civile come l'Italia non può in alcun modo accettare che possano essere messi in discussione diritti che già esistono.

La senatrice [PIRRO](#) (M5S), nell'esprimere il proprio rammarico per l'incapacità del Parlamento di aver portato a termine nella scorsa legislatura una legge che finalmente delineasse una normativa organica in una materia delicatissima come quella del suicidio assistito, esprime l'auspicio che in questa legislatura non si facciano passi indietro rispetto a quanto già stabilito dalla Corte costituzionale e che si possa, al contrario, trovare un terreno condiviso per dare finalmente anche all'Italia una disciplina unitaria che garantisca i diritti delle persone ed aiuti le famiglie ad affrontare il difficile tema del fine vita.

Il senatore [MAGNI](#) (Misto-AVS) esprime la soddisfazione della propria parte politica in ordine all'avvio della trattazione dei disegni di legge in titolo, peraltro di iniziativa parlamentare. Riservandosi di intervenire nel merito successivamente alla conclusione del ciclo di audizioni, auspica che l'*iter* si svolga in tempi ragionevolmente contenuti, anche tenuto conto degli approfondimenti già svolti nella scorsa legislatura. Osserva inoltre l'opportunità che il Parlamento apporti significativi miglioramenti al quadro normativo conseguente agli interventi della Corte costituzionale.

La senatrice [TERNULLO](#) (FI-BP-PPE) esprime il favore del proprio Gruppo relativamente alla proposta di passaggio alla sede referente. Valuta quindi sfavorevolmente la proposta di disgiunzione

del disegno di legge n. 1083.

Il [PRESIDENTE](#) si riserva di pronunciarsi sulle proposte di carattere procedurale formulate durante la seduta dopo la conclusione del ciclo di audizioni. Propone quindi di presentare le proposte concernenti i soggetti da audire entro le ore 12 di mercoledì 10 aprile.

Le Commissioni riunite convengono.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

*La seduta termina alle ore 12,30.*

---

---

Il presente fascicolo raccoglie i testi di tutti gli atti parlamentari relativi all'iter in Senato di un disegno di legge. Esso e' ottenuto automaticamente a partire dai contenuti pubblicati dai competenti uffici sulla banca dati Progetti di legge sul sito Internet del Senato (<https://www.senato.it>) e contiene le sole informazioni disponibili alla data di composizione riportata in copertina. In particolare, sono contenute nel fascicolo informazioni riepilogative sull'iter del ddl, i testi stampati del progetto di legge (testo iniziale, eventuale relazione o testo-A, testo approvato), e i resoconti sommari di Commissione e stenografici di Assemblea in cui il disegno di legge e' stato trattato, sia nelle sedi di discussione di merito sia in eventuali dibattiti connessi (ad esempio sul calendario dei lavori). Tali resoconti sono riportati in forma integrale, e possono quindi comprendere contenuti ulteriori rispetto all'iter del disegno di legge.