



Disposizioni in materia di morte volontariamente assistita A.C. T.U. 2 e abb.

Informazioni sugli atti di riferimento

A.C.	T.U. 2 e abb.
Titolo:	Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia
Iniziativa:	Parlamentare
Numero di articoli:	4
Commissioni competenti:	Il Giustizia, XII Affari sociali
Sede:	consultiva
Stato dell'iter:	in corso d'esame in Commissione

Contenuto

Il testo all'esame della Commissione reca disposizioni in materia di "morte volontaria medicalmente assistita", disciplinando la facoltà di **richiedere assistenza medica**, al fine di porre **fine volontariamente ed autonomamente** alla propria vita, in presenza di specifici **presupposti e condizioni**. A tal fine il testo individua altresì i **requisiti e la forma** della richiesta, nonché le **modalità** con le quali deve avvenire la morte volontaria medicalmente assistita. Si prevede inoltre **l'esclusione della punibilità** per il medico, il personale sanitario e amministrativo nonché per chiunque abbia agevolato il malato nell'esecuzione della procedura di morte volontaria medicalmente assistita cui si sia dato corso **nel rispetto delle disposizioni di legge**. Specifiche norme concernono inoltre l'istituzione dei Comitati per l'etica nella clinica presso le Aziende Sanitarie territoriali.

Il testo unificato C.2 e abb., composto di 8 articoli, è stato adottato come testo base dalle Commissioni riunite II (giustizia) e XII (affari sociali) nella seduta del 6 luglio 2021. A tale testo sono state presentate numerose proposte di modifica anche da parte dei relatori. Le Commissioni hanno proceduto all'esame dei primi 4 articoli, approvando - fino alla seduta del 1° dicembre - diversi emendamenti.

Il tema della liceità dell'agevolazione dell'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da patologia irreversibile, è stato oggetto di intervento della Corte costituzionale che ha dapprima formulato un monito "a tempo" al Parlamento affinché lo stesso intervenisse su una tematica in cui *"l'incrocio di valori di primario rilievo, il cui compiuto bilanciamento presuppone, in via diretta ed immediata, scelte che anzitutto il legislatore è abilitato a compiere"* ([ordinanza n. 207 del 2018](#)), e poi ha dichiarato l'incostituzionalità della fattispecie penale dell'aiuto al suicidio (art. 580 c.p.) nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con determinate modalità, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente ([sentenza n. 242 del 2019](#)). Dichiarando l'incostituzionalità, la Corte ha contestualmente ribadito «con vigore l'auspicio che la materia formi oggetto di sollecita e compiuta disciplina da parte del legislatore, conformemente ai principi precedentemente enunciati».

L'**articolo 1** enuncia la finalità della legge volta a disciplinare la facoltà di colui che sia affetto da patologie irreversibili e con prognosi infausta, 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 di cui agli articoli 2, 3, 13 e 32 della Costituzione, dell'articolo 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e degli articoli 1, 3, 4, 6 e 7 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea.

Il provvedimento non disciplina dunque la c.d. 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, istruire e portare autonomamente a termine la procedura che porrà fine alla sua vita, escludendo responsabilità penali per coloro che aiutano e agevolano il malato in questo percorso.

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

Morte assistita
alla legge in
assistita

commento, si pone fine alla propria vita in modo volontario, dignitoso e consapevole, con il supporto e la supervisione del Servizio Sanitario nazionale.

L'**articolo 3** disciplina le **condizioni e i presupposti** che consentono l'accesso alla morte assistita. In premessa si ricorda che la sentenza n. 242 del 2019 della Corte Costituzionale ha reso non più punibile chi "agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli".

Partendo da quanto stabilito dalla Corte Costituzionale nella citata sentenza, la disposizione in esame chiarisce pertanto che **la persona richiedente deve trovarsi nelle seguenti concomitanti condizioni:**

- aver raggiunto la maggiore età al momento della richiesta;
- essere capace di prendere decisioni libere e consapevoli;
- esser affetta da sofferenze fisiche o psicologiche ritenute intollerabili.
- essere affetta da una patologia irreversibile o a prognosi infausta oppure portatrice di una condizione clinica irreversibile;
- essere tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale;
- essere assistita dalla rete di cure palliative o aver espressamente rifiutato tale percorso assistenziale.

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

Cure palliative e terapia del dolore

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

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

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

- **informata;**
- **consapevole;**

- **libera;**

Si ricorda che i requisiti della libertà e della consapevolezza della decisione, oltre che del carattere informato della scelta, sono richiesti dalla Corte costituzionale (ord. n. 207 del 2018 e sent. n. 242 del 2019)

- **esplicita.** In particolare, il testo prevede che la richiesta debba essere manifestata per iscritto e nelle forme che il codice civile richiede per il testamento olografo (art. 602 c.c.) Se le condizioni della persona non consentono il rispetto di queste forme, la richiesta può essere espressa e documentata con qualunque altro dispositivo idoneo che gli consenta di comunicare e manifestare inequivocabilmente la propria volontà.

L'art. 602 c.c. prevede che il testamento olografo deve essere scritto per intero, datato e sottoscritto di mano del testatore, che la sottoscrizione deve essere posta alla fine delle disposizioni. Tale sottoscrizione anche non è fatta indicando nome e cognome è tuttavia valida quando designa con certezza la persona del testatore. La data deve contenere l'indicazione del giorno, mese e anno.

Si prevede inoltre espressamente la possibilità di **revocare la richiesta**, in qualsiasi modo **senza requisiti di forma** e con ogni mezzo idoneo a palesarne la volontà.

Il comma 2 prevede che la **richiesta possa essere indirizzata** alternativamente:

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

L'articolo 5, conformemente a quanto rilevato dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242 del 2019 (cfr. *supra*), dispone circa le condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio, che "deve restare peraltro affidato a strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale. A queste ultime spetterà altresì **verificare le relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare le medesime sofferenze**". A tali condizioni, l'art. 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.

Modificazioni
affidate a
strutture
pubbliche SSN

Per quanto riguarda le modalità di esecuzione, si prevede (commi da 2 a 5):

- il **medico** che ha ricevuto dal paziente la richiesta di morte volontaria medicalmente assistita (formulata ai sensi dell'art. 4) **redige un rapporto sulle condizioni cliniche del richiedente**, e **sulle motivazioni che hanno determinato la richiesta e lo inoltra al Comitato per la valutazione clinica territorialmente competente**. 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 rifiutato tale percorso assistenziale;
- il **Comitato per l'etica nella clinica, entro 7 giorni dal ricevimento della richiesta, esprime un parere motivato** sulla esistenza dei presupposti e dei requisiti a supporto della richiesta di morte volontaria medicalmente assistita, e **lo trasmette al medico richiedente ed alla persona interessata**.
- **in caso di parere favorevole del Comitato**, il medico richiedente lo trasmette, 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 o residenziale pubblica. Inoltre, come specificato dal **comma 7**, 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 le condizioni di cui all'art. 3;

Rapporti
motivati
condizioni
cliniche e
psicologiche
della persona
richiedente

Comitato per la
valutazione
clinica
Parere
favorevole

I **commi 6 e 8** chiariscono che la richiesta, la documentazione ed il parere di cui *supra* fanno parte integrante della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico ove già attivato e che il decesso a seguito di morte volontaria medicalmente assistita è equiparato al decesso per cause naturali a tutti gli effetti di legge.

Una **primissima richiesta di applicazione dei principi affermati dalla Consulta con la sentenza n. 242 del 2019** è da ricercare nella vicenda che ha coinvolto un malato tetraplegico residente nelle Marche, il quale ha avviato un **procedimento d'urgenza presso il Tribunale di Ancona ex art. 700 c.p.c.**, affinché l'azienda sanitaria competente (Azienda sanitaria unica regionale Regione Marche - **Asur Marche**) **accertasse** e ove vi fossero, previo parere del Comitato Etico, dichiarasse la **sussistenza delle condizioni previste dalla sentenza della Corte costituzionale** (si veda *supra*) **per accedere alle procedure per la morte medicalmente assistita**. Nel procedimento di urgenza si richiedeva inoltre che fosse verificato il protocollo farmacologico individuato nel farmaco Tiopentone sodico nella quantità di 20 grammi, per poterne disporre a seguito di prescrizione medica (per la vicenda processuale si rinvia alla [ordinanza di rigetto](#) del Tribunale di Ancona del 26 marzo 2021. Successivamente, in seguito al ricorso per Reclamo ex art. 669 terdecies c.p.c., i giudici del Tribunale di Ancona, in composizione collegiale, emanavano, il 9 giugno 2021, [decisione in integrale riforma dell'ordinanza reclamata](#), con l'accoglimento delle domande già formulate al primo giudice sentenze).

Il Comitato dell'Azienda sanitaria unica regionale delle Marche, il 9 novembre 2021, ha espresso il **parere** richiesto e, a seguito di verifica delle condizioni del richiedente tramite una gruppo di medici specialisti nominati dall'ASUR,

ha confermato che lo stesso è in possesso dei requisiti per l'accesso alla morte volontaria medicalmente assistita (essere tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale; essere affetto da patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili dal medesimo ritenute insopportabili; essere pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli; aver rifiutato - fattispecie considerata legittima dalla sentenza n. 242 - di ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, come previsto dall'art. 2, comma 2, della legge n. 38 del 2010). Inoltre, relativamente alla modalità, alla metodica e al farmaco, il Comitato Etico rileva di non poter fornire una valutazione adeguata che tale procedura soddisfi il fine ultimo di garantire la morte più rapida, indolore e dignitosa possibile e di ritenere di non essere di propria competenza indicare le modalità alternative.

A seguito del parere del Comitato etico, la Regione Marche, con un [comunicato del 23 novembre 2021](#), chiarisce che sarà il Tribunale di Ancona a decidere se il paziente tetraplegico di 43 anni potrà avere diritto al suicidio medicalmente assistito.

Istituendo i **Comitati per l'etica nella clinica presso le Aziende Sanitarie Territoriali**, l'**articolo 6** risponde 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**, disciplinati con **regolamento del Ministero della Salute da adottare entro 180 giorni** dall'approvazione del provvedimento in esame, dovranno essere **multidisciplinari, autonomi e indipendenti**, costituiti da **medici specialisti, ivi compresi i palliativisti, e da professionisti con competenze** cliniche, psicologiche, giuridiche, sociali e bioetiche idonee a garantire il corretto ed efficace assolvimento dei compiti ad essi demandati.

Preme qui osservare che alcune Regioni si sono già dotate di Comitati per l'etica nella clinica (quindi distinti dai Comitati etici per le sperimentazioni cliniche di cui alla [legge 11 gennaio 2018, n. 3](#)) come peraltro previsto dal [Decreto del Ministero della salute 8 febbraio 2013](#) che, all'art. 1, co. 1, estende - ove non già attribuita a specifici organismi - le funzioni dei Comitati etici oltre che alla tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone in sperimentazione anche a:

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

Più precisamente, dopo la riorganizzazione dei Comitati etici avvenuta nel 2006, ad opera del [Decreto Ministero della Salute 12 maggio 2006](#), *Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali*, l'art. 12, co. 10, lett. c), del [decreto legge n. 158 del 2012](#) (convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189) ha stabilito che, entro il 30 giugno 2013, ciascuna Regione dovesse provvedere a riorganizzare i Comitati etici del proprio territorio specificando al contempo che la competenza di ciascun Comitato potesse riguardare, oltre alle sperimentazioni cliniche dei medicinali, ogni altra questione sull'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, sull'impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relativa allo studio di prodotti alimentari sull'uomo generalmente rimessa, per prassi internazionale, alle valutazioni dei Comitati. Il successivo [Decreto 8 febbraio 2013](#) *Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici* ha definito i criteri per l'istituzione dei Comitati etici medesimi da parte delle Regioni e delle Province autonome. In particolare stabilendo che:

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

Le funzioni dei comitati sono state ulteriormente esplicitate nel successivo [Decreto Ministero salute 7](#)

[settembre 2017](#), *Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica*, anch'esso citato dalla sentenza n. 242/2019.

Sulla base di tale normativa sono stati organizzati appositi Comitati per l'etica clinica in alcune Regioni e Province autonome italiane.

L'**articolo 7, comma 1**, in relazione alle procedure di morte volontaria medicalmente assistita **Esclusione della punibilità** nel rispetto delle disposizioni di legge, **esclude l'applicabilità** al medico, al personale sanitario e amministrativo nonché a chiunque abbia agevolato il malato nell'esecuzione della procedura, **di specifiche fattispecie penali**.

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

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

- è minorenni o inferma di mente, o si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, le pene sono aumentate;
- è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio (secondo comma).

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

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

La **condotta** di agevolazione al suicidio è **contigua all'uccisione della persona consenziente** (art. 579 c.p., v. *infra*), soprattutto nei casi di "aiuto a morire" praticati in situazioni terminali di vita. La giurisprudenza individua il discrimine tra le due fattispecie «nel modo in cui viene ad atteggiarsi la condotta e la volontà della vittima in rapporto alla condotta del soggetto agente. Si avrà omicidio del consenziente nel caso in cui colui che provoca la morte si sostituisca in pratica all'aspirante suicida, pur se con il consenso di questi, assumendone in proprio l'iniziativa, oltre che sul piano della causazione materiale, anche su quello della generica determinazione volitiva; mentre si avrà istigazione o agevolazione al suicidio tutte le volte in cui **la vittima abbia conservato il dominio della propria azione**, nonostante la presenza di una condotta estranea di determinazione o di aiuto alla realizzazione del suo proposito, e lo abbia realizzato, anche materialmente, di **mano propria**» (Cass., sent. cit.).

Il provvedimento, dunque, esclude la punibilità di chi agevola il suicidio del malato ma non di chi materialmente ne provochi la morte, sostituendosi all'aspirante suicida. Tale condotta è infatti riconducibile alla fattispecie di omicidio del consenziente (art. 579 c.p.), della quale la proposta non tratta.

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

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

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

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

Si ricorda, inoltre, che l'art. 579 c.p. è oggetto di una [richiesta di referendum](#) abrogativo, volta a escludere la

rilevanza penale dell'omicidio di persona consenziente, purché non si tratti di persona minorenni, di persona inferma di mente o in stato di deficienza o infermità psichica o di persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno.

L'articolo 7 **esclude** inoltre, per il medico, il personale sanitario e amministrativo nonché per chiunque abbia agevolato il malato nell'esecuzione della procedura, la **punibilità per il reato di omissione di soccorso**, di cui all'art. 593 c.p.

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

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

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

Il **comma 2** contiene una norma transitoria, da applicare ai **fatti** di morte medicalmente assistita che abbiano avuto corso **prima dell'entrata in vigore della legge**. Anche in tali casi anche se è già intervenuta una sentenza di condanna passata in giudicato, è **esclusa la punibilità** di chiunque abbia agevolato in qualsiasi modo la morte volontaria medicalmente assistita di una persona se, al momento del fatto:

- la richiesta di morte volontaria medicalmente assistita sia stata formulata da persona maggiorenne, capace di intendere e di volere e la volontà di questa si sia formata liberamente e consapevolmente e sia stata inequivocabilmente accertata;
- la persona richiedente sia stata affetta da una patologia irreversibile o a prognosi infausta o da una condizione clinica irreversibile e che sia tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale;
- la persona richiedente sia stata affetta da una patologia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che ella riteneva intollerabili nel rispetto dei principi generali di cui all'articolo 1, comma 3, della legge 22 dicembre 2017, n. 219.

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.

Ai sensi dell'**articolo 8**, entro **centottanta giorni** dalla data di entrata in vigore del provvedimento in **Regolamento**, un **decreto del Ministro della salute**, previa **intesa in sede di Conferenza Stato-regioni**, dovrà:

- a) individuare i **requisiti** delle **strutture del Servizio sanitario nazionale** idonee ad accogliere le persone che faranno richiesta di morte volontaria medicalmente assistita;
- b) definire i **protocolli e le modalità** dell'assistenza sanitaria alla 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 delle richieste di morte volontaria** medicalmente assistita e di tutta la documentazione ad essa relativa;

Il **comma 2** impegna il Ministro della salute a presentare annualmente alle Camere una relazione **sullo stato di attuazione delle disposizioni di cui al provvedimento in commento**.

Profili attinenti al riparto di competenze tra Stato e autonomie territoriali.

Il provvedimento appare riconducibile sia alla materia "ordinamento civile e penale", di **esclusiva competenza statale** ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera l, sia alla materia "tutela della salute" oggetto di competenza legislativa concorrente ai sensi dell'articolo 117, terzo comma della Costituzione.

Alla luce di questo intreccio di competenze, il provvedimento prevede, quale **forma di coinvolgimento** del sistema delle autonomie territoriali, la previa intesa in sede di Conferenza Stato-regioni ai fini del decreto del Ministro della salute chiamato a disciplinare i requisiti delle strutture del Servizio sanitario nazionale e protocolli, modalità e procedure attuative (art. 8, co. 1).

L'articolo 6, comma 1, prevede poi un distinto regolamento del Ministero della salute per l'istituzione dei Comitati per l'etica nella clinica. *Al riguardo, si valuti l'opportunità dell'introduzione di forme di coinvolgimento del sistema delle autonomie territoriali, quali ad esempio l'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, ai fini dell'adozione del decreto.*

Senato: Nota breve n. 350
Camera: nota Questioni regionali n. 212
6 dicembre 2021

Camera Servizio Studi
Osservatorio sulla legislazione

osservatorio@camera.it - 066760-3855

 CD_legislazione

La documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati è destinata alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari. Si declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge. I contenuti originali possono essere riprodotti, nel rispetto della legge, a condizione che sia citata la fonte.
QR0212