



**Memoria scritta dell'Associazione Diritto gentile (Osservatorio Per un diritto gentile nella relazione di cura, Università di Padova)<sup>1</sup> sui disegni di legge (nn. 65, 104, 124, 570 e 1083, XIX legisl.), in materia di “morte volontaria medicalmente assistita”, di modifiche all’art. 580 del codice penale (“istigazione o aiuto al suicidio”) e di modifiche alla legge 22.12.2017, n. 219 (“disposizioni anticipate di trattamento e consenso informato”) –**

*Audizione presso le Commissioni 2<sup>a</sup> e 10<sup>a</sup>  
Senato della Repubblica  
Roma, 24 settembre 2024*

Sono in discussione alla Camera diversi progetti di legge.

In particolare, i **d.d.l. S. nn. 65 (Parrini e Fina), 104 (Bazoli e aa.), 124, 570** riguardano il c.d. aiuto medico a morire, che viene denominato nel d.d.l. S. n. 104 e 570 “morte volontaria medicalmente assistita” e nel d.d.l. 124 “suicidio medicalmente assistito” e “trattamento eutanasico”.

Il d.d.l. **S. n. 1083 (Paroli e aa.)**, interviene, invece, su due questioni apparentemente distinte, proponendo contestualmente modifiche:

- al testo dell’art. 580 cod. pen., “*Istigazione o aiuto al suicidio*”, che contiene la disciplina penale che incrimina le condotte di “aiuto e istigazione al suicidio”, introducendo un comma 3° che prevede una diminuzione di pena, a determinate condizioni per ***l’aiuto e l’istigazione*** al suicidio *pietatis causa* da parte di persona stabilmente convivente con un soggetto “malato”;

---

<sup>1</sup> Il gruppo nazionale di studio **Per un diritto gentile**, il cui coordinamento fa capo al Dipartimento di Scienze Politiche, Giuridiche e Studi Internazionali dell’Università di Padova, è attivo dal 2012 e riunisce su scala nazionale circa 150 aderenti, tra studiosi, professionisti, operatori in campo giuridico, medico, medico-legale, etico, psicologico, della comunicazione. Aderiscono inoltre Associazioni interessate ai problemi della fragilità. Nato nel 2012 con l’obiettivo di promuovere una cultura giuridica adeguata alla specificità della relazione di cura in ambito sanitario, il gruppo opera con svariate iniziative di carattere nazionale e locale. Caratteristiche del gruppo di lavoro sono l’interdisciplinarietà, il pluralismo e l’attenzione al rapporto tra mondo accademico e contesti professionali, nell’impegno di promuovere e valorizzare un diritto che faciliti e migliori le relazioni di cura, sviluppando anche la reciproca fiducia tra cittadini e professionisti nei diversi contesti clinici e assistenziali. Le attività svolte dal gruppo di lavoro sul tema dell’“aiuto medico a morire” sono riportate nel sito web [www.dirittogentile.it](http://www.dirittogentile.it) e includono: una discussione, pubblicata sulla rivista *Responsabilità Medica*, fascicolo 1/2022; un appello sui lavori parlamentari sulla c.d. “morte medicalmente assistita” (disegno di legge c.d. Bazoli, 29 marzo 2022); una proposta in forma normativa, pubblicata e commentata su *BioLaw Journal*, fascicolo 1/2023; la partecipazione all’audizione nel Consiglio Regionale del Veneto del 16.11.2023 sul PDL n. 217 “Procedure e tempi per l’assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza n. 242 del 2019 della Corte Costituzionale”; 2 lettere pubblicate su *Quotidiano sanità* il 7.2.2022 e il 28.3.2024; il documento “La richiesta di aiuto medico a morire: raccomandazioni sul ruolo dei comitati etici e delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale”, pubblicato il 28.6.2024, in <https://www.dirittogentile.it/raccomandazioni-sullaiuto-medico-a-morire/>.

*Il contenuto del testo presentato durante l’audizione presso il Senato della Repubblica in data 24 settembre 2024 tiene conto e riprende molte delle osservazioni già proposte in Questa Sede da parte delle società scientifiche mediche, ed in particolare del testo depositato da SICP e FCP, incluso il Parere della SINPE, a seguito dell’audizione del 28.5.2024, nonché del testo depositato da SIAARTI, a seguito dell’audizione del 9.7.2024. Il testo, elaborato nell’ambito dell’Osservatorio di Padova “Per un diritto gentile nelle relazioni di cura”, è stato approvato dai coordinatori degli Osservatori di Bologna, Brescia, Palermo e Trento.*



- al testo della l. n. 219/2017, “*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*”, che attiene invece alla promozione delle relazioni di cura e fiducia tra persona malata e professionisti sanitari, con particolare riguardo alla configurazione giuridica dei trattamenti di idratazione e alimentazione artificiali e all’introduzione di una indefinita fattispecie di “obiezione di coscienza” all’interno della l. n. 219/2017.

Si ritiene perciò utile con questa Memoria: *i*) esprimere alcune **considerazioni di carattere generale** su tutti i progetti in esame; *ii*) proporre un’analisi puntuale del **d.d.l. S. n. 1083 (Paroli e aa.)**, che desta particolare preoccupazione; *iii*) presentare alcune considerazioni di dettaglio sul **d.d.l. S. n. 104 (Bazoli e aa.)**.

### **i) Considerazioni di carattere generale.**

#### *1- Una premessa lessicale.*

La locuzione “Morte volontaria medicalmente assistita” è usata nel d.d.l. S. n. 104 (Bazoli e aa.) per riferirsi alla sola ipotesi di aiuto indiretto da parte del personale sanitario operante nel Servizio sanitario nazionale (predisposizione dei farmaci letali e del contesto assistenziale) rispetto all’“atto autonomo” con il quale “si pone fine alla propria vita in modo volontario”, posto in essere dal richiedente (art. 2 d.d.l. S. n. 104). Nel d.d.l. S. n. 570 (De Cristofaro e aa.) la stessa denominazione indica, invece, anche la condotta direttamente adiuvante del medico (“diretta somministrazione da parte del personale medico al consenziente, di farmaci aventi lo scopo di provocare la morte immediata e indolore”). Il termine “morte volontaria medicalmente assistita” è, dunque, considerato in questo contesto sinonimo di “trattamento eutanasi” (art. 2 d.d.l. S. n. 570). Infine, nel d.d.l. S. n. 124 (Pirro e aa.) si distinguono espressamente, sempre equiparandole sul piano della liceità, la condotta di “suicidio medicalmente assistito” dalla condotta di “trattamento eutanasi”.

Si ricorda che il quesito referendario relativo all’art. 579 cod. pen. (omicidio del consenziente), in cui attualmente ricadono le ipotesi di c.d. eutanasi su richiesta del paziente, è stato ritenuto inammissibile dalla Corte costituzionale con sent. n. 50/2022. La Corte ha peraltro evidenziato che la disciplina posta dall’art. 579 cod. pen. è una “normativa costituzionalmente necessaria”, ma “non a contenuto costituzionalmente necessario”. Ciò significa che la disciplina non può essere puramente e semplicemente abrogata, ma potrebbe, invece, essere modificata e sostituita dallo stesso legislatore con altra disciplina che assicuri una tutela minima, con un adeguato bilanciamento dei diversi interessi in gioco.

**Qualunque sarà la scelta in proposito operata dal legislatore, proponiamo che si utilizzi in ogni caso l’espressione “aiuto medico a morire”** (le espressioni della letteratura anglosassone più vicine alla nostra proposta sono *Medical Aid in Dying* o *Medical Assistance in Dying*, MAID). La locuzione proposta ci pare più rispettosa dello scenario concreto, che prende avvio dalla richiesta di una persona malata che si aspetta di ricevere cura e assistenza sanitarie. Si tratta, infatti, di richieste che sono lontane dalle ipotesi di suicidio o di omicidio del consenziente presenti al legislatore del 1930 (v. codice penale Rocco); le richieste di aiuto **medico** a morire sono, invece, legate al particolare contesto di malattia avanzata e di sofferenza non più tollerabile per il richiedente e si inseriscono in modo peculiare nel contesto dell’assistenza sanitaria e delle relative relazioni di cura.

*2- Sull’opportunità di tenere separate le questioni riguardanti il rifiuto/sospensione di cure e quelle che attengono alla richiesta della persona malata di essere aiutata a morire.*



Alcuni d.d.l. [si vedano, per un verso il d.d.l. S. n. 1083 (Paroli e aa.) e, in opposta prospettiva, il d.d.l. S. n. 65 (Parrini e Fina)] confermano l'opportunità di tenere distinte le questioni di cui si occupa la l. n. 219/2017 da quelle dell'aiuto medico a morire.

È necessario distinguere, in particolare, *i problemi legati al rifiuto o richiesta di sospensione di cure da parte della persona malata dalle questioni che vanno affrontate nel caso di richiesta della persona malata di essere aiutata a morire.*

Dal punto di vista della *persona malata*, nel primo caso (*rifiuto o richiesta di sospensione di cure*) si tratta di riconoscere e poter realizzare *i*) il diritto di *rifiutare* le cure proposte dal personale sanitario, inclusa la possibilità di richiedere la sospensione di quelle già avviate; nel secondo caso (*richiesta di essere aiutati a morire*), di riconoscere *ii*) il diritto di richiedere, a determinate condizioni, al personale operante nel S.S.N. un aiuto a porre fine alla propria vita. In entrambe le ipotesi, deve essere **anche** garantito *iii*) il diritto all'accesso a cure palliative adeguate, inclusa la sedazione palliativa continua profonda.

Dal punto di vista del *personale curante*, nel primo caso (*rifiuto o richiesta di sospensione di cure*) non può che esservi un *dovere di rispettare le scelte della persona malata*, cui si accompagna il *dovere di sostenere la persona e chi le è vicino anche nel caso di rinuncia o rifiuto di trattamenti necessari alla propria sopravvivenza* (v. attuale testo dell'art. 1, comma 5°, l. n. 219/2017); nel secondo caso (*richiesta di essere aiutati a morire*), in cui la persona richiede espressamente di porre fine alla propria vita, si tratta di definire per via legislativa i *doveri di prestazione del Servizio Sanitario Nazionale* rispetto al necessario controllo della volontarietà e consapevolezza della richiesta ed alla necessità di circoscrivere i casi in cui è legittimo l'accesso al SSN; nonché i doveri di prestazione rispetto alle procedure mediche, nel caso di accoglimento della richiesta; per il personale sanitario si tratta, infine, di riconoscere per legge in che modo garantire la possibilità di esercitare un proprio diritto all'*obiezione di coscienza*.

**In sintesi, si invita a non intervenire sulla l. n. 219/2017, che è frutto di un delicato compromesso tra diverse posizioni sui soli temi del consenso alle cure, del diritto di rifiutarle e di chiederne la sospensione, delle Disposizioni anticipate di trattamento (DAT) e della Pianificazione condivisa delle Cure (PCC). La l. n. 219/2017, a sua volta coerente con l'evoluzione giurisprudenziale interna e con l'evoluzione del diritto internazionale ed europeo, non va pertanto modificata, ma va semmai implementata e monitorata dal Ministero della Salute nella sua attuazione pratica, come l'art. 8 l. n. 219/2017 prevede.**

3- *Sull'opportunità di non confondere l'accesso alle cure palliative (l. n. 38/2010) con le richieste di aiuto medico a morire.*

In tutti i testi citati, si fa riferimento alle *cure palliative* da diverse angolazioni, non sempre con coerenza evidente dei testi.

Si segnala, in proposito, un opposto rischio:

- da un lato, i d.d.l. n. 104, 124 e 570 potrebbero portare a considerare le cure palliative come incompatibili con la richiesta di aiuto medico a morire: per procedere a quest'ultima sarebbe preliminarmente necessario, cioè, un loro rifiuto o la loro sospensione. Si tratta di un equivoco che nasce dalla superata idea che le cure palliative siano alternative rispetto ad altre cure eventualmente in corso;

- dall'altro, il tentativo improprio di intendere le cure palliative e, in particolare, la sedazione palliativa profonda continua come una tipologia di "aiuto medico a morire" potrebbe portare ad una confusione



tra due problemi che vanno tenuti distinti: la richiesta della persona che sta morendo di lenire una intollerabile sofferenza e la richiesta di abbreviare la propria esistenza (v. il riferimento del d.d.l. n. 65, Parrini e Fina all’“accompagnamento attivo alla morte”, inserito peraltro nell’ambito della definizione della “terapia del dolore”).

**In sintesi, si invita a non intervenire sulla l. n. 38/2010, che è considerata un’ottima legge per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, e di impegnarsi, invece, nell’implementazione delle reti locali e regionali di cure palliative in maniera adeguata e uniforme su tutto il territorio nazionale, come richiesto dai LEA, e, da ultimo, anche dal PNRR.**

*4- Sull’importanza di un dibattito parlamentare aperto e rispettoso, basato su solide evidenze medico-scientifiche e che tenga conto delle istanze che emergono dalla società civile e dai professionisti sanitari.*

In base allo stato attuale dei principi costituzionali e della legislazione in vigore, come interpretati anche in sede giurisprudenziale, delle acquisizioni medico-scientifiche e del sentire sociale, le priorità per il dibattito parlamentare ci sembrano le seguenti:

- 1- Preoccuparsi di dare attuazione su tutto il territorio nazionale:
  - a. alla legge n. 38 del 2010 (riguardante cure palliative e terapia del dolore), da mantenere invariata;
  - b. agli accordi della Conferenza Stato-Regioni
    - i. del 2012 (Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture assistenziali ai malati in fase terminale delle Unità di Cure Palliative e della Terapia del dolore)
    - ii. del 2020 (Accreditamento delle Reti di Cure palliative ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38)
  - c. al decreto del Ministero della Salute 23.5.2022, n. 77 (che indica un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale nell’ambito della riforma di settore prevista dal «Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza»);
  - d. alla legge n. 219 del 2017 (Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento), da mantenere invariata;
- 2- Dato il vuoto normativo, solo parzialmente colmato dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019, disciplinare le richieste di aiuto medico a morire con una legge *ad hoc*, che presti particolare attenzione alle seguenti questioni:
  - a- intervenire con equilibrio nel disciplinare le richieste di aiuto medico a morire, sempre più emergenti nella pratica clinica, come dimostrano anche le numerose vicende giudiziarie e non che si sono consumate negli ultimi anni. Con particolare riguardo al requisito, rivelatosi il più controverso nella prassi applicativa, quello dei “**trattamenti di sostegno vitale**”, si segnala la sentenza della Corte costituzionale n. 135/2024 che ha fornito alcune importanti precisazioni sul punto<sup>2</sup>;

---

<sup>2</sup> La Corte, ribadendo che il legislatore potrà dettare una diversa disciplina, nel rispetto dei principi fissati dalla giurisprudenza costituzionale, ha precisato che deve prevalere una definizione ampia del termine “trattamento”, che può riferirsi non solo a procedure sanitarie di estrema complessità tecnica e particolare invasività, ma anche



b- discutere esplicitamente sull'ammissibilità delle sole forme di aiuto indiretto (suicidio medicalmente assistito) o anche di quelle di aiuto diretto (meglio note in letteratura come "eutanasia");  
c- utilizzare in ogni caso una terminologia precisa, il più possibile vicina a quella invalsa nella pratica clinica e già presente nella legislazione vigente, che distingua in modo chiaro fattispecie tra loro radicalmente differenti: cure palliative, sedazione palliativa profonda, sospensione dei trattamenti di supporto vitale sono, infatti, nozioni concettualmente e clinicamente differenti dalle richieste di aiuto medico a morire, inquadrabili nel suicidio medicalmente assistito e nella eutanasia su richiesta della persona malata.

## ii) Considerazioni sul d.d.l. S. 1083 (Paroli e aa.)

### Prima considerazione di carattere generale

*Il gruppo di lavoro intende in questa sede esprimere viva preoccupazione in relazione ai contenuti del d.d.l. S. 1083 e della relativa relazione di accompagnamento.* Il Parlamento, nell'esercizio della propria funzione legislativa per l'attuazione di diritti fondamentali dei cittadini rispetto alle possibilità offerte dalla medicina, non può esimersi dal rispetto dei principi costituzionali. Nella loro declinazione nell'ambito del delicato rapporto di cura e fiducia nei diversi contesti sanitari, il Parlamento ha mostrato in passato una particolare capacità di leale collaborazione con gli altri poteri dello Stato (in particolare con la magistratura, inclusa la Corte costituzionale, e con la Presidenza della nostra Repubblica). Si citano tra gli esempi più recenti la l. n. 38 del 2010 e la l. n. 219 del 2017. Come studiosi, professionisti e cittadini esprimiamo la nostra fiducia nell'istituzione parlamentare e ci auguriamo che i lavori di questo organo continuino a rinnovare l'incessante ricerca del necessario equilibrio per l'elaborazione di norme giuridiche che interessano la vita e la morte delle persone.

Di seguito, presentiamo e argomentiamo nel dettaglio le ragioni specifiche delle nostre preoccupazioni e perplessità rispetto al contenuto del d.d.l.

### Seconda considerazione specifica *sub* art. 1

**(«All'articolo 580 del codice penale, dopo il secondo comma è aggiunto il seguente: "Se il fatto è commesso nei confronti di persona tenuta in vita esclusivamente per mezzo di strumenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile fonte di intollerabile sofferenza, si applica la reclusione da sei mesi a due anni quando l'autore convive stabilmente con il malato e agisce in stato di grave turbamento determinato dalla sofferenza altrui. Non si applicano le disposizioni di cui al secondo comma"»)**

Il testo del DDL non affronta in maniera organica la questione posta dalla Corte Costituzionale, ossia la **regolamentazione anche penalistica dell'aiuto medico a morire** ed, invece, si limita ad inserire un'attenuante per il reato di "*aiuto al suicidio o istigazione al suicidio*", nel caso di intervento *pietatis causa* della persona "stabilmente convivente".

---

riguardanti l'assistenza del paziente (per esempio, l'evacuazione manuale dell'intestino del paziente, l'inserimento di cateteri urinari o l'aspirazione del muco delle vie bronchiali). Inoltre, la Corte ha affermato che la situazione del paziente che può interrompere i trattamenti deve essere equiparata a quella del paziente che rifiuta *ab origine* l'attivazione degli stessi.



L'intervento legislativo sul piano penalistico dovrebbe prima di tutto tradursi nell'inserimento di una scriminante procedurale per l'aiuto **medico** a morire, in grado di garantire la tutela del bene ritenuto prevalente attraverso il rispetto di una procedura rigorosa.

Si ricorda che prevedere la non punibilità, almeno per quanto riguarda l'aiuto medico al suicidio (attualmente disciplinato dall'art. 580 c.p.), in presenza di condizioni analoghe a quelle indicate dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, è ormai un'esigenza ineludibile per il legislatore, per non incorrere in future pronunce di incostituzionalità.

Quanto alla disciplina contenuta nell'art. 579 cod. pen. (Omicidio del consenziente), la Corte costituzionale con sent. n. 50/2022 ha dichiarato l'inammissibilità del quesito referendario allora proposto, evidenziando che la disciplina posta dall'art. 579 cod. pen. è una "normativa costituzionalmente necessaria", ma "non a contenuto costituzionalmente necessario". Ciò significa che la disciplina non può essere puramente e semplicemente abrogata, ma potrebbe, invece, essere modificata e sostituita dallo stesso legislatore con altra disciplina che assicuri una tutela minima, con un adeguato bilanciamento dei diversi interessi in gioco.

In particolare, l'introduzione di una scriminante in un contesto circoscritto come quello dell'aiuto medico a morire consentirebbe di giungere al risultato non tanto di liberalizzare, quanto di disciplinare bilanciamenti che lasciano alla persona malata margini decisivi per una scelta autonoma in situazioni estreme di vita non più "vivibile", fissati certi presupposti di maturazione della scelta stessa, oltre che di legittimità sostanziale del contesto.

Solo in questo più ampio contesto avrebbe senso pensare ad interventi normativi più specifici volti a creare una **gradualità nella risposta sanzionatoria**, ossia da un lato l'inserimento di una circostanza attenuante per l'eventuale aiuto a morire fornito "*pietatis causa*", senza il rispetto delle procedure previste, ma pur sempre in presenza delle condizioni cliniche considerate per l'attivazione della procedura (come in parte ora contempla il d.d.l.), dall'altro la previsione di una diversa risposta sanzionatoria per le differenti fattispecie di istigazione e di aiuto al suicidio previste dall'art. 580 c.p.

Si tratterebbe di una soluzione in linea con quanto oramai avviene in molti ordinamenti europei, tra cui da ultimo quello spagnolo, che hanno anche equiparato le ipotesi attualmente rientranti nell'art. 580 c.p. di aiuto al suicidio a quelle oggi rientranti nell'art. 579 c.p. che disciplina l'omicidio del consenziente.

### **Terza considerazione specifica *sub* art. 2, comma 1°, lett. a), 1)<sup>3</sup>**

**(«Alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, sono apportate le seguenti modificazioni:**

**a): all'articolo 1:**

**1) al comma 5, il terzo periodo è sostituito dai seguenti: "Ai fini della presente legge l'idratazione e l'alimentazione, pur se garantite attraverso ausili tecnici, non sono considerati trattamenti sanitari. La somministrazione di sostanze nutritive, in qualsiasi modalità, deve seguire i criteri dell'appropriatezza medica"»)**

L'affermazione secondo la quale idratazione e alimentazione, anche quando garantite attraverso ausili tecnici, non debbano considerarsi trattamenti sanitari è smentita dal testo stesso, ove è specificato come "la somministrazione di sostanze nutritive" debba seguire i "criteri dell'appropriatezza medica". Tale

---

<sup>3</sup> Le considerazioni che seguono relative al d.d.l. S/1083 riprendono, con qualche lieve modifica, quelle già presentate dalla SIAARTI nell'audizione del 9.7.2024.



affermazione rimanda alle finalità di cura e di tutela della salute proprie dell'attività medica, che si esplica anche attraverso interventi e trattamenti *lato sensu* sanitari.

Al contrario di quanto affermato nella Relazione di accompagnamento, la letteratura scientifica, nazionale e internazionale, è concorde nel definire nutrizione e idratazione artificiali come trattamenti sanitari, tanto che le relative linee guida definiscono l'appropriatezza di tali trattamenti, riguardo, ad esempio, alle sostanze utilizzate, ai dosaggi, alle vie di accesso, alla gestione delle possibili complicazioni. Come è noto, nutrizione e idratazione artificiali richiedono una specifica competenza clinica, che si acquisisce attraverso la formazione universitaria e nelle Scuole di specializzazione e sulla quale è necessario un periodico aggiornamento professionale. Infine, la gestione di nutrizione e idratazione artificiali senza il rispetto delle regole di buona pratica clinica configura una colpa professionale, giuridicamente rilevante (v. responsabilità deontologica, civile, penale e, nel caso di servizio pubblico, amministrativa).

Al di là di questo dato di fatto, il DDL non esplicita a quali "fini della legge 219/2017" è stabilito che "idratazione" e "alimentazione", anche quando "garantite attraverso ausili tecnici", non debbano considerarsi "trattamenti sanitari".

Se lo scopo fosse quello di sottrarre le scelte relative ad idratazione e nutrizione artificiale all'ambito di applicazione della Legge n. 219/2017, si tratterebbe di un grave errore di prospettiva. Infatti, sia il rapporto tra singola persona malata e professionista che lo prende in cura, sia l'attività medico-chirurgica in generale trovano i propri fondamenti costituzionali non solo nell'art. 32 della Costituzione<sup>(4)</sup>, ma anche nel primo comma dell'art. 13 della Costituzione<sup>(5)</sup>, interpretati alla luce dell'art. 2<sup>(6)</sup>. E infatti, l'art. 1, comma 1°, della Legge n. 219/2017 richiama proprio questi 3 articoli del nostro testo costituzionale.

In questo senso, il secondo comma dell'art. 32 serve a specificare che nemmeno i trattamenti sanitari (per quanto ragionevolmente proposti nell'interesse della salute della persona) possono essere imposti. In altre parole, la salute è tutelata come diritto fondamentale (art. 32, comma 1°), ma non può essere usata per comprimere la libertà della persona. Quindi, se anche non si volessero più considerare la nutrizione e l'idratazione artificiali quali trattamenti sanitari, il loro utilizzo rimarrebbe pur sempre regolato dall'art. 13 Cost. Ciò significa che gli stessi possono sempre e solo essere proposti e mai imposti alla persona malata<sup>7</sup>. D'altronde, la stessa Corte costituzionale ha ribadito il punto nella sopra richiamata sent. n. 135/2024 (v. nota 2).

---

<sup>4</sup> Articolo 32 Cost.:

Comma 1°: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

Comma 2°: "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

<sup>5</sup> Art. 13 Cost., comma 1°: "La libertà personale è inviolabile".

<sup>6</sup> Art. 2 Cost.: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale".

<sup>7</sup> Così la ricostruzione della relazione medico paziente emersa nella giurisprudenza anche costituzionale dagli anni '90 in poi. Si vedano, *ex multis*, Corte cost. 18/1986 e 471/1990; Corte Cost. 282/2002; Corte Cost. n. 262/2016.



Se l'obiettivo fosse, invece, quello di escludere dalle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e dalla Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) la possibilità di rifiutare trattamenti di nutrizione e idratazione artificiali, si ricorda che in base all'attuale testo degli art. 4 e 5 la persona può esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli interventi sanitari. Dunque, il consenso e il rifiuto espressi nelle DAT o nella PCC possono certo riguardare i singoli "trattamenti sanitari", ma soprattutto le "scelte terapeutiche" di cui i singoli trattamenti sono espressione.

In questo senso, scopo principale di DAT e PCC è proprio quello di permettere che le scelte di cura che ricadono sulla persona e sul suo corpo rispondano il più possibile al suo sistema di valori e alla sua concezione della vita.

#### **Quarta osservazione specifica *sub* art. 2, comma 1°, lett. a), 2)**

**["2) al comma 6, il secondo periodo è sostituito dai seguenti: «Il medico e gli altri esercenti le professioni sanitarie hanno facoltà di presentare dichiarazione di obiezione di coscienza nei confronti della presente legge nelle ipotesi in cui, a seguito dell'applicazione della medesima legge, la sottoposizione o la rinuncia al trattamento sanitario o il rispetto delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4 contrastano con la deontologia professionale o con le buone pratiche socio-assistenziali. La dichiarazione è presentata in forma scritta al dirigente della struttura sanitaria nella quale il medico e gli altri esercenti le professioni sanitarie prestano servizio entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente disposizione ovvero dalla immissione in servizio del dichiarante, esplica effetti dal giorno stesso della presentazione e non può in alcun modo pregiudicare l'esercizio della professione. La dichiarazione può essere revocata con la medesima forma ed esplica effetti dopo trenta giorni dalla presentazione»")**

Il comma proposto è criticabile sotto diversi aspetti:

- a) L'obiezione di coscienza nelle forme previste dal DDL non consente di bilanciare adeguatamente il rispetto della coscienza del medico con la tutela dei diritti fondamentali della persona malata. In particolare, così come caratterizzata, l'obiezione di coscienza non viene riferita ad uno specifico intervento, ma all'applicazione della legge *tout court*. In questo senso, essa appare indeterminata e legittimerebbe l'arbitrio dei professionisti sanitari senza permettere alle strutture sanitarie di organizzarsi in modo adeguato al fine di garantire l'attuazione dei diritti della persona malata (diritto al rifiuto o alla rinuncia alle cure, in quanto espressione del rispetto della dignità e del diritto di autodeterminazione sul proprio corpo, riconosciuto dagli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione, e 1, 2 e 3 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea).
- b) Prevedere un'ipotesi di obiezione di coscienza per il caso in cui la richiesta del paziente contrasti con la deontologia professionale o con le buone pratiche socio-assistenziali è innanzitutto un errore tecnico-giuridico, perché in questo caso il medico ha sempre e comunque l'obbligo di astenersi, come già indicato dall'articolo 1, comma 6°, della Legge n. 219/2017 nel testo attualmente vigente, e che questo comma vorrebbe inopportuno cancellare.
- c) In ogni caso, l'obiezione di coscienza può legittimare in circostanze eccezionali la mancata partecipazione del personale sanitario a un determinato intervento (condotta omissiva), mai può legittimare il medico, invece, a intervenire su una persona malata contro la sua volontà (condotta attiva).



**Quinta osservazione sub art. 2, comma 1°, lett. a), 3)**  
**[“al comma 9, le parole ‘o privata’ sono soppresse”]**

La modifica proposta appare particolarmente grave, perché pregiudizievole sia per i diritti della persona malata e dei suoi familiari sia per l’uniformità delle prestazioni all’interno del SSN.

Infatti:

- a) tale modifica comporterebbe la possibilità che la relazione tra personale curante e paziente si articoli su principi e competenze differenti, a seconda che le prestazioni vengano erogate in strutture pubbliche o private<sup>(8)</sup>.
- b) espungere il riferimento alle strutture private nel comma 9° dell’art. 1 determinerebbe per queste il decadere dell’obbligo di rispettare l’intera legge, la quale disciplina, per converso, importanti aspetti di rilievo costituzionale, come il consenso informato del paziente, le cure palliative, le DAT, la PCC.
- c) se la disposizione fosse giustificata dal “dovere” di esonerare dal rispetto della legge “le strutture sanitarie di ispirazione religiosa”<sup>(9)</sup>, essa aprirebbe nel nostro ordinamento un grave *vulnus* al principio di laicità (art. 2, 7 e 8 Cost), e inciderebbe negativamente sulla relazione di cura e fiducia non solo nelle strutture di ispirazione religiosa, ma anche in tutte le strutture private.

**Sesta osservazione sub art. 2, comma 1°, lett. b), 2**

**[“il comma 2 è sostituito dal seguente: «2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine e di imminenza della morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sintomi refrattari ai trattamenti sanitari, accertati e monitorati dagli esperti in cure palliative che hanno preso in carico il paziente, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente»]**

Non si comprende la *ratio* delle modifiche proposte.

- a) Va inizialmente sottolineato che l’attuale testo del primo periodo del comma 2° dell’art. 2 della legge 219/2017<sup>10</sup> è di per sé pleonastico. Infatti, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati non solo “nei casi di pazienti con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte”,

---

<sup>8</sup> È opportuno riportare l’intero comma, oggetto della modifica, nel testo attualmente vigente: “Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l’informazione necessaria ai pazienti e l’adeguata formazione del personale”.

<sup>9</sup> La relazione di accompagnamento del DDL chiarisce che la proposta è giustificata dal “rispetto dovuto alle strutture sanitarie che hanno già manifestato serie difficoltà nell’attuazione della Legge n. 219/2017 a causa della loro ispirazione religiosa”. La relazione di accompagnamento ritiene pertanto “doveroso” esonerare tutte le strutture private dalla cogenza delle disposizioni di cui alla Legge n. 219/2017.

<sup>10</sup> “Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente”.



ma sempre e comunque. Riteniamo utile a questo proposito richiamare il testo del Codice italiano di Deontologia Medica (CDM), che al primo paragrafo dell'articolo 16 (Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati) si esprime in questo modo: *“Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita”*.

- b) Dal testo del CDM appena riportato risulta chiaramente come, per la norma deontologica, il parametro su cui misurare la bontà (in senso clinico e morale) dell'intervento sanitario non è la mera sopravvivenza, ma il fatto che dall'intervento diagnostico o terapeutico proposto “ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita”.
- c) Quanto alla frase “Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza della morte”, il DDL propone di cambiare una congiunzione, da “O” a “E”, nel testo vigente dell'articolo 2 della Legge n. 219/2017. Il risultato sarebbe il seguente: “Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine **e** di imminenza della morte”. L'intento dei proponenti è forse di restringere i casi di possibile sospensione dei trattamenti. Pur tralasciando il fatto che, in italiano, è comunque possibile ipotizzare una ripetizione sottintesa dell'ipotetica (“Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine e [nei casi] di imminenza della morte”), la norma è – come già sottolineato – di fatto ridondante. A meno di non voler affermare che, in assenza di prognosi infausta a breve termine o di imminenza della morte, il medico sia autorizzato alla ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e al ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati.
- d) Per quanto riguarda la valutazione della refrattarietà dei sintomi, essa viene assegnata agli esperti in Cure Palliative. Questo è solo parzialmente in linea con quanto previsto dalle Linee Guida SICP-SIAARTI sulla Sedazione Palliativa nell'adulto pubblicate nel 2023 dall'Istituto Superiore di Sanità <sup>(11)</sup>. Tuttavia, è necessario tenere in considerazione l'attuale insufficiente e frammentaria presenza di questi specialisti e la reale possibilità di una loro non disponibilità, con conseguente inadeguata gestione dei sintomi menzionati. Inoltre, le suddette Linee Guida auspicano che la sedazione palliativa sia attuata in tutti i setting ove sia clinicamente indicata, in presenza di curanti con idonea formazione in merito.

**Settima osservazione sub art. 2, comma 1°, lett. d), 1)**

**[“all'articolo 4”:1) al comma 5, dopo le parole: «in tutto o in parte, dal medico stesso,» sono inserite le seguenti: «se questi non ha già presentato la dichiarazione di cui all'articolo 1, comma 6,»]**

---

<sup>11</sup> “La valutazione della refrattarietà richiede competenze palliative che, ove non disponibili, possono essere acquisite richiedendo una consulenza specialistica palliativa” (Linee Guida SICP-SIAARTI sulla Sedazione Palliativa nell'adulto, pubblicate nel 2023 dall'Istituto Superiore di Sanità – p. 12, prima riga).



È già stata argomentata l'inopportunità di introdurre una regolamentazione dell'obiezione di coscienza riguardo alla Legge n. 219/2017 (cfr. quanto espresso sub art. 2, comma 1°, lett. a), 2) [2] al comma 6). Solleva le medesime perplessità anche il presente emendamento, che avrebbe ricadute sul diritto del cittadino al rispetto delle volontà espresse nelle proprie disposizioni anticipate di trattamento e, in particolare, al rispetto del diritto di rifiutare le cure mediche.

#### **Ottava osservazione sub art. 2, comma 1°, lett. d), 2)**

**[«al comma 6, le parole: “, con l’assistenza di due testimoni” sono soppresse.»]**

A proposito di tale modifica, si ritiene che la presenza di due testimoni, di facile reperibilità nell'ambito di un contesto di cura, sia una garanzia, minima, del rispetto della volontà della persona che abbia lasciato delle DAT. Il medico deve, peraltro, motivare ogni sua scelta terapeutica in cartella clinica, che è un atto pubblico di fede privilegiata.

#### **iii) Considerazioni sul d.d.l. S. 104 (Bazoli e aa.).**

Il testo ripropone alla lettera il d.d.l. S. n. 2553, approvato in prima lettura alla Camera nella passata legislatura. Il d.d.l. nel suo insieme suscita alcune serie perplessità, che si sintetizzano a seguire.

#### ***Prima considerazione di carattere generale***

Il *linguaggio del progetto* appare a tratti formalistico e dovrebbe tenere in maggior conto *la complessa realtà dei rapporti e delle situazioni* di cui ha esperienza la persona malata che si avvicina alla morte, unitamente ai professionisti sanitari dei quali è richiesta la cura, affinché una disciplina sull'aiuto medico a morire possa rispondere più adeguatamente ai bisogni espressi dal paziente.

#### ***Seconda considerazione di carattere generale sub artt. 4 (Requisiti e forma della richiesta) e 5 (Modalità)***

Le *modalità di presentazione della richiesta* risultano complicate e l'*iter* indicato è contrassegnato da una serie di possibili rifiuti o rigetti avverso ai quali la tutela del paziente è affidata al ricorso “*al giudice territorialmente competente*”: prospettiva di arduo accesso e utilità per una persona nelle condizioni che *la legge stessa* stabilisce.

#### ***Terza considerazione specifica sub art. 3 (Presupposti e condizioni), comma 1°.***

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

La disposizione prevede come condizione di accesso alla domanda di aiuto al morire che la persona “*sia stata previamente coinvolta in un percorso di cure palliative al fine di alleviare il suo stato di sofferenza e le abbia esplicitamente rifiutate*”. Il testo è insidioso, perché potrebbe essere letto nel senso che la persona, per poter chiedere l'assistenza medica a morire, non solo *debba* previamente accedere ad un percorso di cure palliative, ma *debba* poi rinunciarvi e vivere senza alcun supporto per il dolore e la sofferenza per tutto il tempo in cui la pratica viene istruita.



**Si propone di sostituire la parte finale del comma: “, e che sia stata previamente coinvolta in un percorso di cure palliative al fine di alleviare il suo stato di sofferenza e le abbia esplicitamente rifiutate o le abbia volontariamente interrotte” con il seguente testo: “. Alla persona che ne fa richiesta deve essere stato proposto un adeguato percorso di cure palliative e lo stesso deve essersi rivelato insufficiente ad alleviare il suo stato di sofferenza psicofisica e a preservarne la dignità, o deve essere stato volontariamente interrotto o esplicitamente rifiutato.”**

***Quarta considerazione specifica sub art. 3 (Presupposti e condizioni), comma 2°, lett. b [“essere tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente”].***

Si tratta di una disposizione che solleva molte preoccupazioni anche rispetto alla scelta di politica legislativa sottesa all’intero d.d.l.: quella di trasporre in legge le quattro “condizioni” che la Corte costituzionale ha posto *per delimitare l’incostituzionalità* della disposizione dell’art. 580 cod. penale.

Si tratta di una scelta discrezionale e non necessaria. Mentre, com’è ovvio, una legge che prevedesse, anche sussistendo le quattro condizioni, una pena per chi aiuta il suicidio cadrebbe nel contrasto con la sentenza della Corte e conseguentemente nell’incostituzionalità, il legislatore rimane invece libero di scegliere, per legittimare l’aiuto medico al suicidio, di prevedere condizioni diverse da quelle individuate dalla Corte.

Peraltro, alla luce dell’evoluzione giurisprudenziale e, in particolare, della sent. n. 135/2024, nell’ipotesi in cui si scelga di mantenere tale requisito, si propone di precisare con maggiore chiarezza che rientrano nei “trattamenti” anche quelli riguardanti l’assistenza del paziente, nonché di precisare che la situazione del paziente che può interrompere i trattamenti deve essere equiparata a quella del paziente che rifiuta *ab origine* l’attivazione degli stessi.

**Si propone di emendare l’art. 3, comma 2°, lett. b, come segue: “essere tenuta in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale, incluse terapie farmacologiche e procedure terapeutico-assistenziali necessarie all’espletamento di funzioni vitali per il malato, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente. Sono ricompresi sia i trattamenti già in atto sia quelli prescritti ma non ancora in atto”.**

***Quinta considerazione specifica sub art. 5 (Modalità) e 7 (Comitati per la valutazione clinica)***

L’organo di controllo non ha una chiara connotazione clinica o etica. La sua composizione porterebbe ad assimilarlo ad un “comitato per l’etica nella clinica”, con un compito terzo rispetto alla struttura cui la persona richiedente si rivolge, ma la denominazione proposta (art. 7 “Comitato per la *valutazione clinica*”) ed i compiti assegnati (v. art. 5: “*verifica dell’esistenza dei presupposti e dei requisiti previsti dalla presente legge*”) sembrano condurre ad una valutazione di carattere *clinico-scientifico*, che dovrebbe essere di competenza della struttura sanitaria. È scomparso, peraltro, ogni riferimento alla necessità di “tutela dei diritti e dei valori della persona”, con riguardo alla situazione di particolare vulnerabilità in cui si trovi la persona richiedente, richiamata dalla Corte costituzionale (sent. n. 242/2019, ma anche n. 50/2020).