

DISEGNO DI LEGGE

«Disposizioni a tutela delle persone vulnerabili e fragili
nell'ambito delle procedure relative al suicidio medicalmente assistito»

Testo unificato

Capo I

PRINCIPI GENERALI E DEFINIZIONI

Art. 1

(Finalità e ambito di applicazione)

1. La presente legge, in attuazione degli articoli 2, 3, 13, 32 e 38 della Costituzione, persegue le seguenti finalità:

a) assicurare una particolare protezione alle persone in condizioni di vulnerabilità o fragilità nell'ambito delle procedure relative al suicidio medicalmente assistito, e riaffermare il divieto, penalmente sanzionato, di ogni forma di eutanasia propriamente detta, ivi compreso l'omicidio del consenziente di cui all'articolo 579 del codice penale;

b) prevenire e contrastare ogni forma di pressione, induzione, coercizione, condizionamento o abuso idonea a incidere sulla libera formazione della volontà della persona;

c) assicurare che la volontà eventualmente manifestata nell'ambito delle procedure di cui alla presente legge sia personale, attuale, libera, consapevole, informata e inequivoca;

d) garantire l'effettiva presa in carico sanitaria, psicologica, sociale e assistenziale della persona, con particolare riguardo all'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore;

e) assicurare che condizioni di solitudine, abbandono, insufficiente assistenza, disagio economico o sociale, depressione o altra condizione suscettibile di trattamento non si traducano, direttamente o indirettamente, in fattori determinanti di una decisione irreversibile;

f) assicurare uniformi garanzie fondamentali sull'intero territorio nazionale.

2. La presente legge si applica esclusivamente alle procedure dirette alla verifica delle condizioni in presenza delle quali, ai sensi dell'articolo 580 del codice penale, come risultante dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019 e dalle successive pronunce della medesima Corte, l'aiuto all'esecuzione del proposito di suicidio non è punibile, nonché alle attività del Servizio sanitario nazionale conseguenti all'accertamento positivo di tali condizioni.

3. Restano integralmente ferme le disposizioni della legge 22 dicembre 2017, n. 219, concernenti il consenso informato, il rifiuto o la rinuncia a trattamenti sanitari, le disposizioni anticipate di trattamento e la pianificazione condivisa delle cure. Tali fattispecie non costituiscono, in quanto tali, procedure di suicidio medicalmente assistito ai fini della presente legge.

4. Le disposizioni della presente legge non possono essere interpretate nel senso di ampliare i presupposti sostanziali dell'area di non punibilità dell'aiuto al suicidio risultante dall'articolo 580 del codice penale e dalla giurisprudenza costituzionale.

5. Resta ferma l'applicazione degli articoli 575 e 579 del codice penale alle condotte direttamente causative della morte poste in essere da un terzo, secondo la fattispecie concretamente applicabile.

Art. 2

(Definizioni)

1. Ai fini della presente legge si intende per:

- a) «suicidio medicalmente assistito»: la procedura nella quale, ricorrendo le condizioni previste dall'ordinamento, la persona compie personalmente l'atto finale dal quale deriva direttamente la propria morte, con l'assistenza sanitaria consentita dall'ordinamento;
- b) «autosomministrazione»: il compimento personale e autonomo, da parte dell'interessato, dell'atto causalmente determinante la morte;
- c) «indicatore di vulnerabilità»: una condizione personale, clinica, psicologica, relazionale, assistenziale o socioeconomica suscettibile di incidere concretamente sulla capacità della persona di formare o manifestare una decisione libera e consapevole;
- d) «struttura di verifica»: la struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale competente alla verifica delle condizioni per l'applicazione dell'area di non punibilità dell'aiuto al suicidio;
- e) «cure palliative»: gli interventi di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38;
- f) «équipe multidisciplinare»: l'organo tecnico incaricato degli accertamenti di cui agli articoli 4 e 5;
- g) «eutanasia propriamente detta»: qualsiasi atto direttamente inteso a cagionare la morte di una persona, compreso l'omicidio del consenziente di cui all'articolo 579 del codice penale, che resta in ogni caso estraneo all'ambito di applicazione della presente legge e integralmente soggetto alla disciplina penale vigente.

Capo II

VERIFICA DELLA CAPACITÀ DECISIONALE E TUTELA DELLA VULNERABILITÀ

Art. 3

(Condizioni ostative, presunzione e indicatori di vulnerabilità)

- 1. Non può accedere alla procedura di suicidio medicalmente assistito la persona minore di anni diciotto.
- 2. La procedura non può concludersi con esito positivo quando non sia stata positivamente accertata la piena capacità attuale della persona di assumere una decisione libera e consapevole.
- 3. La richiesta di accesso alla procedura deve essere personale e attuale e non può essere formulata, confermata o sostituita dal rappresentante legale, dall'amministratore di sostegno, dal fiduciario, dai familiari o da altra persona. Essa non può essere desunta da disposizioni anticipate di trattamento.
- 4. Si presume, salvo prova contraria fornita nell'ambito della valutazione multidisciplinare di cui all'articolo 4, che la persona non sia nella piena e libera capacità di formare la propria volontà quando ricorra una o più delle seguenti condizioni:
 - a) diagnosi di malattia psichiatrica o neurodegenerativa ricevuta nel corso degli ultimi tre anni;
 - b) assenza di una rete familiare o sociale di sostegno certificata;
 - c) alternanza o evoluzione improvvisa della volontà manifestata nell'arco degli ultimi sei mesi;
 - d) sottoposizione ad amministrazione di sostegno, inabilitazione o interdizione, quando le ragioni della misura siano pertinenti alla capacità decisionale richiesta.

5. Al di fuori dei casi di cui al comma 4, costituiscono indicatori di vulnerabilità che richiedono specifico approfondimento, senza determinare inversione dell'onere della prova:

- a) la presenza di patologie psichiatriche, neurodegenerative o di deficit cognitivi non rientranti nel comma 4, suscettibili di incidere sulla capacità decisionale;
- b) la presenza di uno stato depressivo clinicamente significativo o di altra condizione psicopatologica suscettibile di incidere sulla formazione della volontà;
- c) condizioni di isolamento sociale o di grave carenza di una rete relazionale e assistenziale, quando possano concretamente incidere sulla decisione;
- d) condizioni di grave disagio economico, abitativo o assistenziale suscettibili di limitare l'accesso alle cure e ai sostegni necessari;
- e) situazioni di dipendenza relazionale, materiale o assistenziale suscettibili di determinare pressioni o condizionamenti;
- f) la condizione di non autosufficienza accompagnata da insufficiente presa in carico sanitaria, sociale o assistenziale.

6. La sola presenza di una disabilità, di una patologia, di una condizione di non autosufficienza o dell'età avanzata non determina, di per sé, incapacità decisionale né fa scattare la presunzione di cui al comma 4.

7. La presenza di uno o più indicatori di vulnerabilità di cui al comma 5, così come l'operatività della presunzione di cui al comma 4, determina l'applicazione obbligatoria delle garanzie rafforzate previste dalla presente legge.

8. Per i minori di anni quattordici e per le persone prive della capacità di intendere o di volere, la presunzione di incapacità è assoluta e non è ammessa alcuna procedura di cui alla presente legge.

Art. 4

(Valutazione multidisciplinare della capacità decisionale)

1. Prima della conclusione della verifica delle condizioni per l'accesso al suicidio medicalmente assistito, la struttura di verifica dispone una valutazione multidisciplinare della capacità decisionale dell'interessato.

2. La valutazione è effettuata da un'équipe comprendente almeno:

- a) un medico specialista nella patologia da cui è affetta la persona o un medico con documentata competenza nella medesima;
- b) un medico specialista in psichiatria;
- c) uno psicologo o neuropsicologo;
- d) un medico esperto in cure palliative;
- e) un medico legale.

3. Quando emergono indicatori di vulnerabilità sociale, relazionale o economica, l'équipe acquisisce altresì la valutazione di un assistente sociale o di altro professionista competente.

4. La valutazione deve accertare specificamente:

- a) la capacità della persona di comprendere la propria condizione clinica, la prognosi e le conseguenze della propria decisione;
- b) la capacità di comprendere e valutare le alternative terapeutiche, palliative, assistenziali e sociali concretamente disponibili;

- c) l'eventuale presenza di patologie o condizioni psicologiche o psichiatriche suscettibili di compromettere la libera formazione della volontà;
- d) l'assenza di coercizioni, pressioni, induzioni, abusi o condizionamenti indebiti provenienti da familiari, caregiver, terzi o personale sanitario;
- e) il carattere personale, attuale, autonomo, consapevole e inequivoco della volontà;
- f) la persistenza della volontà nel tempo, tenuto conto della condizione clinica e dell'eventuale evoluzione della malattia;
- g) l'effettiva disponibilità delle cure e dei sostegni sanitari, psicologici, sociali e assistenziali appropriati.

5. La valutazione comprende almeno tre colloqui personali e diretti con l'interessato, distribuiti in un arco temporale non inferiore a novanta giorni, salvo che le condizioni cliniche rendano l'attesa incompatibile con la dignità della persona o con l'effettività della tutela della sua volontà, circostanza che deve essere specificamente motivata e certificata dall'équipe. Non possono in ogni caso essere previsti termini che impediscano gli approfondimenti clinici, diagnostici, psicologici o sociali ritenuti necessari. La struttura assicura, al contempo, una sollecita presa in carico della richiesta.

6. L'esito della valutazione è contenuto in un atto motivato. In presenza di dubbi non superati sulla capacità decisionale o sulla libertà della volontà, la verifica non può concludersi positivamente.

7. Qualora il dissenso tra i componenti dell'équipe riguardi la capacità decisionale o l'esistenza di condizionamenti, è acquisita una seconda valutazione indipendente prima della decisione conclusiva.

8. La valutazione è rinnovata quando emergano elementi nuovi suscettibili di incidere sulla capacità o sulla libertà della decisione.

Art. 5

(Garanzie rafforzate in presenza di indicatori di vulnerabilità)

1. In presenza di uno o più indicatori di vulnerabilità, la procedura non può essere conclusa positivamente sino a quando:

- a) la natura e la concreta incidenza del fattore di vulnerabilità non siano state specificamente accertate;
- b) non siano state individuate e concretamente offerte le misure sanitarie, psicologiche, sociali o assistenziali ragionevolmente idonee a rimuovere o ridurre il fattore di vulnerabilità;
- c) non sia stata nuovamente verificata la capacità decisionale dell'interessato alla luce delle misure offerte e, ove accettate, attuate.

2. Quando la domanda risulti significativamente influenzata da isolamento, carenza assistenziale, disagio economico, condizioni abitative, dipendenza relazionale o altri fattori suscettibili di intervento, la struttura di verifica attiva senza ritardo i servizi sanitari e sociali competenti.

3. Qualora emergano fondati elementi indicativi di violenza, minaccia, coercizione, induzione, circonvenzione, abuso di una condizione di inferiorità o altro fatto penalmente rilevante, la procedura è immediatamente sospesa e il fatto è segnalato alla competente Procura della Repubblica.

4. La comunicazione al giudice tutelare è effettuata quando la persona sia sottoposta a una misura di protezione pertinente alla decisione in esame o quando emergano circostanze che rendano necessario valutare l'adozione o la modifica di una misura di protezione prevista dall'ordinamento.

5. I familiari e le persone legate all'interessato sono coinvolti esclusivamente con il consenso di quest'ultimo, fatti salvi i casi nei quali la legge impone diversamente.

6. Nessun atto finalizzato all'esecuzione del suicidio medicalmente assistito può essere compiuto sino alla conclusione degli accertamenti previsti dal presente articolo.

Capo III

GARANZIE NELL'ESECUZIONE E OBBLIGHI DI PROTEZIONE

Art. 6

(Personalità della decisione e dell'atto finale)

1. La procedura disciplinata dalla presente legge presuppone che l'atto finale causalmente determinante la morte sia compiuto personalmente dall'interessato.
2. Non rientra nell'ambito della presente legge la somministrazione diretta, da parte di un terzo, di sostanze causalmente determinanti la morte.
3. Qualora, prima del compimento dell'atto finale, venga meno la capacità della persona di assumere o confermare una decisione libera e consapevole, la procedura è interrotta.
4. L'atto finale non può essere delegato a terzi né può essere compiuto sulla base di una volontà precedentemente manifestata quando l'interessato non sia più in grado di confermarla personalmente.
5. Restano ferme le disposizioni penali vigenti e, in particolare, gli articoli 575, 579 e 580 del codice penale.

Art. 7

(Obblighi di protezione e segnalazione)

1. Il personale sanitario e socioassistenziale che abbia fondato motivo di ritenere che la persona stia subendo violenze, minacce, pressioni, induzioni, abusi o altri condizionamenti indebiti è tenuto, nell'ambito delle rispettive competenze, a:
 - a) adottare immediatamente le misure necessarie a evitare la prosecuzione della procedura fino alla verifica dei fatti;
 - b) assicurare alla persona adeguata protezione e assistenza;
 - c) effettuare le segnalazioni all'autorità giudiziaria nei casi previsti dalla legge;
 - d) attivare, ove necessario, i servizi psicologici, sociali e assistenziali competenti.
2. Le comunicazioni effettuate in adempimento degli obblighi previsti dal presente articolo sono limitate alle informazioni strettamente necessarie alla tutela della persona.
3. L'inosservanza degli obblighi di cui al presente articolo è valutata ai fini della responsabilità disciplinare, ferma restando l'eventuale responsabilità civile, amministrativa o penale prevista dall'ordinamento.

Art. 8

(Indipendenza e conflitti di interesse)

1. Non può partecipare alle valutazioni e alle decisioni previste dalla presente legge chi abbia un interesse personale, patrimoniale o successorio, diretto o indiretto, collegato alla morte dell'interessato o all'esito della procedura.
2. Non possono altresì partecipare all'équipe multidisciplinare o all'organo collegiale chiamato a esprimere il parere conclusivo il coniuge, la parte dell'unione civile, il convivente, i parenti e gli affini dell'interessato entro il grado stabilito dalle disposizioni attuative, né coloro che si trovino in altra situazione concreta idonea a comprometterne l'imparzialità.
3. Ciascun componente rende preventivamente una dichiarazione sull'assenza di cause di incompatibilità o conflitto di interessi.

4. L'emersione di una situazione di conflitto determina l'immediata sostituzione del componente interessato e la rinnovazione degli atti ai quali la sua partecipazione abbia potuto incidere.

Capo IV

CURE PALLIATIVE, PRESA IN CARICO E VALUTAZIONE DELLA SOFFERENZA

Art. 9

(Effettiva offerta delle cure palliative e dei sostegni)

1. Prima che la verifica possa concludersi positivamente, la struttura competente accerta che la persona:

- a) abbia ricevuto una valutazione da parte di un medico esperto in cure palliative;
- b) sia stata compiutamente informata sulle cure palliative, sulla terapia del dolore e, quando clinicamente indicata, sulla sedazione palliativa profonda continua;
- c) sia stata posta concretamente nelle condizioni di accedere, senza ingiustificato ritardo, a un percorso personalizzato di cure palliative;
- d) sia stata informata e posta in condizione di accedere agli appropriati sostegni psicologici, sociali, domiciliari, residenziali ed economico-assistenziali.

2. Il percorso di cure palliative, ove accettato, deve essere stato attivo per un periodo non inferiore a novanta giorni prima della conclusione positiva della verifica, salvo che le condizioni cliniche del richiedente rendano impossibile l'attesa e tale impossibilità sia specificamente certificata dall'équipe curante. Deve in ogni caso essere assicurato un tempo adeguato, compatibile con le condizioni cliniche, affinché la persona possa valutare concretamente gli effetti del percorso intrapreso.

3. L'eventuale rifiuto delle cure palliative è acquisito e documentato dopo adeguata informazione e non costituisce, di per sé, prova di incapacità né esonera la struttura dagli ulteriori accertamenti previsti dalla presente legge.

4. La mancata effettiva offerta delle cure e dei sostegni di cui al comma 1 impedisce la conclusione positiva della verifica e determina la nullità di ogni atto successivo del procedimento.

Art. 10

(Accertamento della sofferenza e dei fattori suscettibili di intervento)

1. L'équipe multidisciplinare verifica che la patologia irreversibile sia fonte delle sofferenze fisiche o psicologiche richieste dall'ordinamento e documenta la valutazione personale con la quale l'interessato le reputa assolutamente intollerabili.

2. L'accertamento clinico riguarda l'esistenza e l'origine della sofferenza, le terapie praticate o praticabili, l'effettività della terapia del dolore e delle cure palliative e l'eventuale presenza di fattori suscettibili di trattamento. La valutazione dell'intollerabilità della sofferenza appartiene alla persona interessata; l'équipe non può sostituire il proprio giudizio a quello dell'interessato, ma deve dare atto, nell'atto motivato, della coerenza tra il quadro clinico obiettivo e la sofferenza dichiarata, segnalando eventuali elementi di discordanza rilevante ai fini degli ulteriori accertamenti previsti dalla presente legge.

3. Qualora una parte significativa della sofferenza risulti connessa a condizioni psicopatologiche suscettibili di incidere sulla capacità decisionale, l'accertamento non può essere concluso prima che sia stata specificamente valutata tale incidenza e siano stati offerti gli interventi terapeutici appropriati.

4. Qualora la sofferenza risulti significativamente aggravata da isolamento, carenza di assistenza, condizioni economiche, abitative o familiari o da altri fattori sociali suscettibili di intervento, sono attivate

le misure di sostegno previste dall'articolo 5 e la volontà è successivamente rivalutata.

5. L'insufficienza dell'assistenza sanitaria, sociale o familiare non può essere considerata elemento sostitutivo dei requisiti sostanziali richiesti dall'ordinamento per l'applicazione dell'area di non punibilità dell'aiuto al suicidio.

Capo V

TUTELA CONTRO ABUSI E VIOLAZIONI

Art. 11

(Circostanze aggravanti)

1. Fermo quanto previsto dagli articoli 575, 579 e 580 del codice penale, quando un fatto previsto dagli articoli 579 o 580 del medesimo codice è commesso abusando consapevolmente di una condizione di particolare vulnerabilità della persona, e tale condizione abbia concretamente agevolato l'induzione, il rafforzamento del proposito suicidario o la prestazione dell'aiuto, la pena è aumentata da un terzo alla metà, salvo che il fatto costituisca più grave reato.

2. L'aumento di pena di cui al comma 1 si applica altresì quando il fatto è commesso:

a) da persona che eserciti nei confronti dell'interessato una funzione di cura, assistenza, tutela o particolare fiducia e abusi di tale posizione;

b) da persona portatrice di un interesse patrimoniale o successorio collegato alla morte dell'interessato.

3. Restano ferme le altre circostanze aggravanti applicabili ai sensi dell'ordinamento e le regole sul concorso di circostanze.

Art. 12

(Sanzioni amministrative e responsabilità disciplinare)

1. Salvo che il fatto costituisca reato, è soggetto alla sanzione amministrativa pecuniaria da euro 10.000 a euro 50.000 chi:

a) partecipa consapevolmente a una valutazione o decisione prevista dalla presente legge in presenza di un conflitto di interessi non dichiarato;

b) dispone o consente il compimento di atti esecutivi nonostante una sospensione formalmente disposta ai sensi della presente legge;

c) attesta consapevolmente l'avvenuto svolgimento di verifiche o adempimenti essenziali che non siano stati effettuati.

2. All'accertamento e all'irrogazione delle sanzioni si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni della legge 24 novembre 1981, n. 689.

3. L'accertata violazione delle disposizioni della presente legge da parte di esercenti una professione sanitaria è comunicata al competente ordine professionale e comporta la sospensione dall'esercizio professionale per un periodo da uno a cinque anni, fermo il potere disciplinare dell'ordine per gli ulteriori profili di competenza.

4. Restano ferme le responsabilità civili, penali, amministrative e disciplinari previste dalle disposizioni vigenti.

Capo VI

MONITORAGGIO, FORMAZIONE E DISPOSIZIONI FINALI

Art. 13

(Registro nazionale e relazione al Parlamento)

1. È istituito presso il Ministero della salute il Registro nazionale delle procedure di verifica delle condizioni per l'accesso al suicidio medicalmente assistito.
2. Nel Registro sono raccolti, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, dati anonimi o pseudonimizzati relativi:
 - a) al numero delle richieste presentate;
 - b) all'esito delle verifiche;
 - c) agli indicatori di vulnerabilità accertati e ai casi di applicazione della presunzione di cui all'articolo 3, comma 4;
 - d) ai casi nei quali siano state attivate misure sanitarie, psicologiche, sociali o assistenziali;
 - e) ai casi di sospensione e alle relative motivazioni;
 - f) ai tempi effettivi delle procedure;
 - g) all'offerta e all'effettivo accesso alle cure palliative;
 - h) ai pareri espressi dagli organi collegiali competenti.
3. Entro il 30 giugno di ogni anno il Ministro della salute trasmette alle Camere una relazione sull'attuazione della presente legge, con specifico riguardo:
 - a) alla tutela delle persone vulnerabili;
 - b) all'effettività dell'accesso alle cure palliative;
 - c) alle differenze territoriali riscontrate;
 - d) alle eventuali carenze della rete sanitaria, sociosanitaria e assistenziale;
 - e) alle risorse necessarie per rimuovere le carenze accertate.

Art. 14

(Garante per la protezione delle persone vulnerabili nelle decisioni di fine vita)

1. È istituita, con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza Stato-Regioni, la figura del Garante per la protezione delle persone vulnerabili nelle decisioni di fine vita, con sede presso il Ministero della salute, coadiuvato da un Osservatorio tecnico-scientifico con funzioni di analisi dei dati del Registro nazionale e di supporto tecnico.
2. Il Garante:
 - a) vigila sull'applicazione della presente legge;
 - b) riceve le segnalazioni di violazione di cui all'articolo 7;
 - c) può disporre ispezioni presso le strutture di verifica;
 - d) propone al Ministro della salute misure correttive e aggiornamenti delle linee guida;
 - e) presenta, anche avvalendosi dell'Osservatorio tecnico-scientifico, una relazione annuale al Parlamento.
3. Il Garante è nominato con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della salute, tra persone di comprovata esperienza in bioetica, medicina, diritto o assistenza sociale, e dura in carica quattro anni, rinnovabile una sola volta.

4. La composizione dell'Osservatorio tecnico-scientifico assicura la presenza di competenze in medicina palliativa, psichiatria, psicologia, medicina legale, bioetica, diritto, assistenza sociale e tutela delle persone con disabilità e non autosufficienti. Ai suoi componenti non spettano compensi, gettoni di presenza o indennità, fatto salvo il rimborso delle spese nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Art. 15

(Formazione del personale)

1. Nell'ambito della formazione continua del personale sanitario e socioassistenziale coinvolto nelle procedure di cui alla presente legge sono assicurati specifici programmi concernenti:

- a) la valutazione della capacità decisionale;
- b) il riconoscimento e la prevenzione delle forme di coercizione e condizionamento;
- c) la depressione e le altre condizioni psicopatologiche rilevanti;
- d) la comunicazione con la persona affetta da patologia grave o irreversibile;
- e) le cure palliative e la terapia del dolore;
- f) la protezione delle persone con disabilità, non autosufficienti o in condizioni di vulnerabilità sociale;
- g) l'etica clinica e la bioetica di fine vita.

2. I programmi sono definiti dal Ministero della salute, sentiti gli organismi tecnico-scientifici competenti, e sono periodicamente aggiornati.

Art. 16

(Disposizioni attuative)

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e sentiti gli organismi tecnico-scientifici competenti, sono definite:

- a) le modalità tecniche e organizzative di costituzione e funzionamento delle équipe multidisciplinari;
- b) gli strumenti clinici di supporto alla valutazione della capacità decisionale;
- c) le modalità di documentazione delle verifiche previste dalla presente legge;
- d) le modalità di raccordo con le reti di cure palliative, i servizi di salute mentale e i servizi sociali;
- e) le modalità di funzionamento e alimentazione del Registro nazionale.

2. Le disposizioni attuative non possono modificare i presupposti sostanziali dell'area di non punibilità dell'aiuto al suicidio, introdurre nuove categorie di soggetti ammessi alla procedura, ridurre le garanzie previste dalla presente legge o introdurre presunzioni di capacità o incapacità non previste dalla legge.

Art. 17

(Risorse e clausola di effettività)

1. L'attuazione degli articoli 5, 9 e 10 avviene nel rispetto del diritto all'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore e dei livelli essenziali di assistenza previsti dalla legislazione vigente.

2. Nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale è assicurata priorità alla rimozione delle carenze delle reti di cure palliative e dei servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali che, secondo la relazione di cui all'articolo 13, incidano sulla effettiva possibilità di presa in carico delle persone vulnerabili.

3. All'istituzione e al funzionamento del Garante, dell'Osservatorio tecnico-scientifico che lo coadiuva e del Registro nazionale si provvede mediante le risorse umane e strumentali disponibili a legislazione vigente.

4. La relazione di cui all'articolo 13 individua annualmente gli eventuali ulteriori fabbisogni finanziari necessari ad assicurare l'effettività delle tutele previste dalla presente legge, ai fini delle conseguenti determinazioni nell'ambito dei provvedimenti di finanza pubblica.

Art. 18

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il trentesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

Quadro normativo di riferimento

Con la sentenza n. 242 del 22 novembre 2019 la Corte costituzionale ha individuato una circoscritta area di non punibilità dell'aiuto al suicidio, condizionata alla ricorrenza di quattro presupposti: patologia irreversibile, sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, dipendenza da trattamenti di sostegno vitale, piena capacità di prendere decisioni libere e consapevoli. La stessa pronuncia ha affidato la verifica di tali condizioni alle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e ha sottolineato l'esigenza di evitare abusi in danno di persone vulnerabili. La giurisprudenza successiva — sentenze n. 135 del 2024, n. 66 del 2025, n. 132 del 2025, n. 204 del 2025, n. 148 del 2026 e n. 152 del 2026 — ha confermato tale perimetro, ha riconosciuto in capo al Servizio sanitario nazionale una funzione di garanzia specificamente rivolta alle persone più fragili, ha escluso che le Regioni possano introdurre, in assenza di una legge statale, termini procedurali rigidi e disomogenei tra i territori, e ha da ultimo precisato che la propria giurisprudenza fissa soltanto il limite minimo del bilanciamento tra autodeterminazione e tutela della vita, restando al legislatore la possibilità di apprestare, con legge, una tutela più intensa di quest'ultima.

Impostazione del presente testo

Il presente disegno di legge muove dal principio secondo cui la protezione delle persone vulnerabili non si esaurisce nella mera presa d'atto di una volontà dichiarata, ma richiede strumenti procedurali capaci di verificare le condizioni nelle quali quella volontà si è effettivamente formata. In questo spirito, il testo adotta il perimetro applicativo tecnicamente più rigoroso — limitato alla sola area di non punibilità dell'aiuto al suicidio ex art. 580 c.p., senza pretesa di normare l'eutanasia in senso proprio, che resta interamente disciplinata dal diritto penale vigente — e vi affianca un apparato di garanzie rafforzato rispetto a quello minimo richiesto dalla giurisprudenza costituzionale, nei limiti in cui tale rafforzamento è consentito dalla stessa giurisprudenza al legislatore ordinario.

In particolare, il testo prevede una presunzione relativa di vulnerabilità per le condizioni di rischio più significative, termini minimi nazionali per la valutazione multidisciplinare e per l'offerta di cure palliative — corredati da una clausola di salvaguardia per l'urgenza clinica, così da evitare ogni eccessiva rigidità — un meccanismo di corroborazione clinica della sofferenza dichiarata che non ne sostituisce la valutazione soggettiva, e un'architettura di vigilanza affidata a un Garante con poteri ispettivi, affiancato da un Osservatorio tecnico-scientifico.

Il testo intende così contemperare due esigenze: da un lato, non eccedere il perimetro sostanziale definito dalla Corte costituzionale, che il legislatore non può restringere al di sotto della soglia minima né ampliare oltre quanto dalla stessa Corte individuato; dall'altro, avvalersi pienamente dello spazio che la medesima giurisprudenza riconosce al legislatore per rafforzare, sul piano procedurale, la tutela delle persone più deboli e fragili, affinché nessuna decisione irreversibile sia il prodotto di abbandono, solitudine, mancanza di cure o di sostegno, piuttosto che di una libertà autenticamente formata.