



Ispettorato Nazionale del Corpo Militare Volontario C.R.I.  
Ausiliario delle Forze Armate

**XXIV CONVEGNO NAZIONALE  
DEGLI UFFICIALI MEDICI E DEL PERSONALE SANITARIO DELLA  
CROCE ROSSA ITALIANA**

Siracusa - Centro Congressi del Museo Archeologico "Paolo Orsi"  
29 Settembre - 2 Ottobre 2022



### **III sessione    Problematiche medico-legali emergenti**

**Moderatori            Giovanni Arcudi – Gabriele Lupini**

- ore 09:00    Lettura  
L'Ospedale n. 68 nella Guerra di Corea  
*Ettore Calzolari*
- ore 09:40    La medicina legale nelle urgenze e nelle emergenze  
*Antonina Argo*
- ore 10:10    L'accertamento e la certificazione di morte  
*Alessio Asmundo*
- ore 10:40    Pausa caffè
- ore 11:10    La Dichiarazione Anticipata di Trattamento e il suicidio assistito  
*Ernesto D'Aloja*
- ore 11:40    Aspetti medico-legali della pratica vaccinale  
*Francesco De Stefano*
- ore 12:10    Incontro con gli esperti

**Prof. Ernesto d'Aloja**

**Cagliari University  
Department of Medical Sciences  
and Public Health  
Forensic Science and Legal Medicine Unit**

**Università degli Studi di Cagliari  
Dipartimento di Scienze Mediche  
e Sanità Pubblica  
Sezione di Medicina Legale**

# DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (ex art 4 Legge 219/2017)

## Art. 4.

### *(Disposizioni anticipate di trattamento)*

1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, 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 trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

**DAT:** il soggetto competente può esprimere le proprie volontà in tema di trattamenti sanitari e fornire un consenso/dissenso anticipato su accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ... dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte.

Discussione annosa ed accesa sul valor delle DAT sono un preavviso di consenso?  
E la qualità e la quantità di informazione deve essere equivalente a quella del comma 3 dell'articolo 1?

Nomina di un 'fiduciario'



Cagliari University  
Department of Medical Sciences  
and Public Health  
Forensic Science and Legal Medicine Unit

Università degli Studi di Cagliari  
Dipartimento di Scienze Mediche  
e Sanità Pubblica  
Sezione di Medicina Legale

2. Il fiduciario deve essere una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.

3. L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

4. Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.

Il fiduciario è vincolato alle decisioni contenute nelle DAT, sottoscrivendo le stesse o con atto successivo allegato alle DAT e può essere revocato senza obbligo di motivazione.

Se nelle DAT non vi è la nomina del fiduciario ovvero il fiduciario non ha più le caratteristiche idonee a rappresentare il paziente, valgono le DAT ed in caso di necessità il GT nomina un amministratore di sostegno.

5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5 dell'articolo 3.

Ma le DAT sono sempre vincolanti per il medico?

No, il medico può disattenderle in parte o in tutto in accordo con il fiduciario (se esiste) in alcune condizioni. Se vi è conflitto tra medico e fiduciario ---- GT (come previsto dal comma 5 dell'articolo 3)

Come definiamo/pesiamo le 'concrete possibilità' di miglioramento delle condizioni di vita?



6. Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7. Sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai periodi precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

7. Le regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale possono, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.

8. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, le regioni e le aziende sanitarie provvedono a informare della possibilità di redigere le DAT in base alla presente legge, anche attraverso i rispettivi siti *internet*.

## Art. 5

### Pianificazione condivisa delle cure

1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, puo' essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacita'.

2. Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente puo' realisticamente attendersi in termini di qualita' della vita, sulle possibilita' cliniche di intervenire e sulle cure palliative.

3. Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico ai sensi del comma 2 e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.

4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui al comma 3, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilita' di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La pianificazione delle cure puo' essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

5. Per quanto riguarda gli aspetti non espressamente disciplinati dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 4.

# DATI STATISTICI



FILTRA PER: REGIONE PROVINCIA COMUNE

Popolazione residente **41.821.427**  
DAT depositate **163.483**  
Inviare alla Banca dati\* **125.980**  
Abitanti per una DAT **373**



I dati illustrati dal grafico fanno riferimento alle informazioni sulla trasmissione delle DAT alla Banca dati nazionale da parte di **2.906** comuni.

## GRADUATORIA

E' possibile passare alla graduatoria degli altri livelli amministrativi cliccando sulle frecce in alto a destra della dashboard.

	REGIONE	TOTALE	ABITANTI OGNI DAT	INSERITE IL BANCA DATI
1.	LOMBARDIA	35.950	344,07	32.364
2.	EMILIA-ROMAGNA	20.411	274,94	15.738
3.	PIEMONTE	15.065	290,3	13.942
4.	VENETO	14.904	531,11	7.062
5.	TOSCANA	11.402	245,86	9.780
6.	LAZIO	10.133	502,53	9.340
7.	PUGLIA	9.433	530,87	3.686
8.	SICILIA	7.065	475,72	4.424
9.	LIGURIA	6.203	299,24	3.775
10.	CAMPANIA	5.545	310,28	3.767
11.	MARCHE	5.001	375,46	4.282
12.	FRIULI-VENEZIA GIULIA	4.284	317,12	4.237
13.	ABRUZZO	3.944	205,43	2.832
14.	TRENTINO-ALTO ADIGE	3.919	321,15	2.842
15.	CALABRIA	3.159	473,9	2.027
16.	SARDEGNA	2.868	443,26	1.796
17.	UMBRIA	2.286	503,53	2.187
18.	BASILICATA	1.132	388,72	1.124
19.	VALLE D'AOSTA	460	251,56	456

ASSOCIAZIONE  
LUCA COSCIONI  
PER LA LIBERTÀ DI RICERCA SCIENTIFICA



I TESTAMENTI BIOLOGICI NEI COMUNI ITALIANI

Il contatore e i grafici sotto riportati fanno riferimento alle risposte ottenute dalle nostre richieste di accesso agli atti.

RISPOSTE DAI COMUNI

FILTRA PER: REGIONE

Comuni **3.155**

Popolazione residente **39.336.659**

Valore medio Italia 373  
(range 205 Abruzzo - 531 Veneto)

ultima consultazione **28 settembre 2022**



## I TESTAMENTI BIOLOGICI NEI COMUNI ITALIANI

*Il contatore e i grafici sotto riportati fanno riferimento alle risposte ottenute dalle nostre richieste di accesso agli atti.*

RISPOSTE DAI COMUNI		Comuni 3.155	Popolazione residente 39.336.659
Comune	Numero assoluto DAT	Numero abitanti per singola DAT	
<b>Sestu</b>	<b>147</b>	<b>1 su 117</b>	
Assemini	130	1 su 170	
Sinnai	84	1 su 172	
Monseleto	81	1 su 206	
Selargius	104	1 su 237	
Quartucciu	40	1 su 271	
Settimo S. Pietro	19	1 su 301	
<b>Cagliari</b>	<b>424</b>	<b>1 su 310</b>	
Capoterra	64	1 su 310	
<b>Quartu S. Elena</b>	<b>112</b>	<b>1 su 530</b>	
<b>Totali area metropolitana</b>	<b>1205</b>	<b>1 su 262</b>	
<b>Media regionale</b>		<b>1 su 453</b>	
<b>Media nazionale</b>		<b>1 su 378</b>	





Contemporaneamente, SWG ha condotto una proiezione sul numero di testamenti biologici depositati nei Comuni italiani, sulla base dei dati già raccolti: secondo l'Istituto demoscopico di Trieste, sono 223.290 le DAT raccolte dagli Uffici di Stato civile.

SWG per la stima del numero delle DAT registrate, a oggi, nei Comuni, ha adottato un approccio che si basa sull'utilizzo di un'analisi multivariata.

L'analisi si basa su un modello di ponderazione vincolata o calibrazione che, agendo su un insieme di variabili, permette di ponderare i dati del campione e riferibili al più generale contesto.

La stima, per la proiezione dei dati raccolti su 2.550 Comuni alla totalità dei Comuni, è stata effettuata con la valutazione dei seguenti parametri:

la popolazione maggiorenne

l'ampiezza demografica dei Comuni

la provincia

gli strati composti da area urbana, area non urbana, area metropolitana

Stima attuale delle DAT depositate presso i Comuni italiani:

**Totale: 223.290**

**Popolazione italiana con 18 anni e più: 49.783.836**

**Tasso medio 0,0045%**



## Consultazione della Banca dati nazionale delle Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

### Disponente

Il disponente può accedere alla Banca dati nazionale per consultare le proprie informazioni, la copia delle proprie DAT oppure, in caso non abbia prestato il consenso alla trasmissione di copia delle proprie DAT alla Banca dati nazionale, consultare l'indicazione del luogo dove è possibile reperirne l'originale.

PROSEGUI ➔

### Fiduciario

Il fiduciario che ha accettato la nomina da parte di un disponente può accedere alla Banca dati nazionale per consultare le informazioni del disponente, la copia delle DAT oppure conoscere, in caso di mancato consenso alla trasmissione alla Banca dati nazionale da parte del disponente, dove reperirne l'originale.

PROSEGUI ➔

### Medico

Il medico che ha in cura un paziente in situazione di incapacità ad autodeterminarsi può accedere alla Banca dati nazionale per verificare se lo stesso abbia depositato le proprie DAT, e, nel caso, consultare le informazioni del disponente, la copia delle DAT oppure conoscere, in caso di mancato consenso alla trasmissione alla Banca dati nazionale da parte del disponente, dove reperirne l'originale.

PROSEGUI ➔



## Dichiarazione di accesso

Per proseguire è necessario selezionare l'apposita casella di accettazione

Il sottoscritto dichiara:

- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medico – chirurgica e di essere regolarmente iscritto in Italia ad uno degli ordini provinciali dei Medici.
- di star effettuando trattamenti sanitari o accertamenti diagnostici o di avere necessità di effettuare scelte terapeutiche per il paziente/disponente individuato mediante nome, cognome e codice fiscale;
- che il paziente/disponente di cui si desidera visualizzare le Disposizioni Anticipate di Trattamento è incapace di autodeterminarsi

Dichiaro di avere letto e compreso le condizioni di accettazione

## Ricerca DAT

Codice Fiscale:

Codice Fiscale...

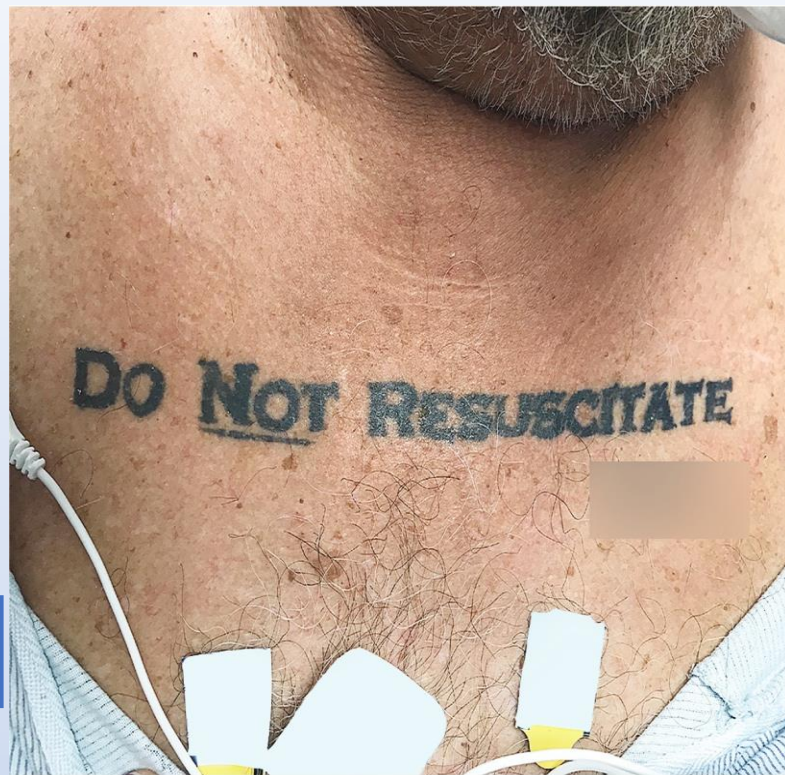
Cerca

Il codice fiscale è richiesto per la ricerca

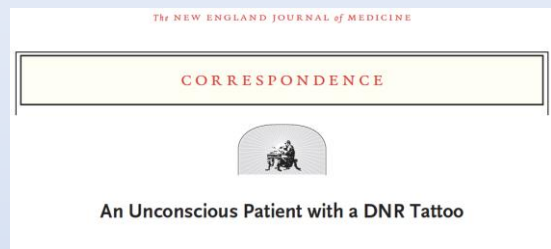




Holt GE et al. N Engl J Med 2017;377:2192-2193.



regretted decisions made while the person was intoxicated. We were relieved to find his written DNR request, especially because a review of the literature identified a case report of a person whose DNR tattoo did not reflect his current wishes.<sup>2</sup> Despite the well-known difficulties that patients have in making their end-of-life wishes known,<sup>3-5</sup> this case report neither supports nor opposes the use of tattoos to express end-of-life wishes when the person is incapacitated.



After reviewing the patient's case, the ethics consultants advised us to honor the patient's do not resuscitate (DNR) tattoo. They suggested that it was most reasonable to infer that the tattoo expressed an authentic preference, that what might be seen as caution could also be seen as standing on ceremony, and that the law is sometimes not nimble enough to support patient-centered care and respect for patients' best interests. A DNR order was written. Subsequently, the social work department obtained a copy of his Florida Department of Health "out-of-hospital" DNR order, which was consistent with the tattoo. The patient's clinical status deteriorated throughout the night, and he died without undergoing cardiopulmonary respiration or advanced airway management.

This patient's tattooed DNR request produced more confusion than clarity, given concerns about its legality and likely unfounded beliefs<sup>1</sup> that tattoos might represent permanent reminders of

### CLINICAL PRACTICE

#### Clinical Images

## DNR Tattoos: A Cautionary Tale

Lori Cooper, MD and Paul Aronowitz, MD

California Pacific Medical Center, San Francisco, CA, USA.

J Gen Intern Med 27(10):1383  
DOI: 10.1007/s11606-012-2059-8  
© Society of General Internal Medicine 2012




Figure 1. Patient's "D.N.R." tattoo.

A 59-year-old man with diabetes mellitus, peripheral vascular disease, hypertension and dyslipidemia was admitted to the hospital for a below-the-knee amputation due to chronic non-healing wounds of his lower extremity. Physical examination revealed a "DNR" tattoo on his chest (Fig. 1). Upon reviewing his code status, he indicated that he would want resuscitative efforts initiated in the event of a cardiac or respiratory arrest. However, he did not want prolonged attempts at resuscitation. When asked why his tattoo conflicted with his wishes to be resuscitated, he explained that he had lost a bet playing poker with fellow ancillary hospital staffers while inebriated in his younger years; the loser had to tattoo "D.N.R." across his chest. His code status was subsequently documented correctly in his medical record with further explanation of his wishes. Despite his comorbidities, he was relatively active in his outside life and was medically stable during his time in the hospital. It was suggested that he consider tattoo removal to circumvent future confusion about his code status. He stated he did not think anyone would take his tattoo seriously and declined tattoo removal.

Corresponding Author: Lori Cooper, MD; California Pacific Medical Center, 2351 Clay St Suite 380, San Francisco, CA 94115, USA (e-mail: Lacoops@hotmail.com).



EUTANASIA aka OMICIDIO DEL CONSENZIENTE aka **SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO** aka MORTE VOLONTARIA MEDICALMENTE ASSISTITA

 **CORTE COSTITUZIONALE** La Costituzione della Repubblica Italiana

Sentenza 242/2019

Giudizio **GIUDIZIO DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE IN VIA INCIDENTALE**

Presidente **LATTANZI** - Redattore **MODUGNO**

Udienza Pubblica del 24/09/2019 Decisione del 25/09/2019

Deposito del 22/11/2019 Pubblicazione in G. U. 27/11/2019

Norme impugnate: Art. 580 del codice penale.

Massime: 40813 42845

Atti decisi: ord. 43/2018

**Massima n. 40813**

**Titolo**

Reati e pene - Aiuto al suicidio - 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, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che egli reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli - Non punibilità se la condotta agevolativa sia prestata con le modalità procedurali legislativamente previste per l'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale (ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della sentenza in Gazzetta Ufficiale, sia stata prestata con modalità equivalenti), e le condizioni e modalità di esecuzione siano state verificate da strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale (SSN) previo parere del comitato etico territorialmente competente - Omessa previsione - Irragionevole limitazione della libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze - **Illegittimità costituzionale in parte qua -**

Vigoroso auspicio di un intervento del legislatore.



Cagliari University  
Department of Medical Sciences  
and Public Health  
Forensic Science and Legal Medicine Unit

Università degli Studi di Cagliari  
Dipartimento di Scienze Mediche  
e Sanità Pubblica  
Sezione di Medicina Legale





È dichiarato costituzionalmente illegittimo, per violazione degli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., l'art. 580 cod. pen., 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 presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi di cui in motivazione, 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. Sebbene la ratio della norma censurata dalla Corte d'assise di Milano può essere agevolmente scorta, alla luce del vigente quadro costituzionale, nella tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio - considerazioni che valgono altresì ad escludere che essa si ponga, sempre e comunque sia, in contrasto con l'art. 8 CEDU - all'interno del *petitum principale* del rimettente va individuato, nondimeno, una circoscritta area di non conformità costituzionale della fattispecie criminosa. Essa corrisponde ai casi in cui l'aspirante

**‘.. nella tutela della vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l’ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema ed irreparabile, come quella del suicidio ... all’interno del *petitum principale* del rimettente va individuata una circoscritta area di non conformità costituzionale della fattispecie criminosa’**



# CORTE COSTITUZIONALE

La Costituzione  
della  
Repubblica Ita  
Costo dei diritti fondamentali dell  
Costituzione della Repubblica  
I Presidenti della Re  
L'Impero

**'aspirante suicida si identifica in una persona:**

- a) Affetta da una patologia irreversibile;**
- b) Fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili; la quale sia**
- c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale; ma resti**
- d) Capace di prendere decisioni libere e consapevoli'**

della scienza medica e della tecnologia. In tali casi, l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unico modo per sottrarsi, secondo le proprie scelte individuali, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare in base all'art. 32, secondo comma, Cost., parametro non evocato nel dispositivo nell'ordinanza di rimessione, ma più volte richiamato in motivazione. La legislazione oggi in vigore (leggi n. 38 del 2010 e n. 219 del 2017) - per la quale il medico può, con il consenso del paziente, ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, per fronteggiare sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari - infatti, non consente al medico di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti a determinarne la morte. Entro lo specifico ambito considerato, il divieto assoluto di aiuto

Il richiamo normativo è alla Legge 38/2010 (cure palliative e terapia del dolore) e 219/2017 (consenso informato e direttive anticipate di trattamento) per le quali è lecita la sedazione profonda continua palliative per fronteggiare sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari con il consenso del paziente **'ma non consente al medico di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopradescritte trattamenti diretti a determinarne la morte'**



## CORTE COSTITUZIONALE

La Costituzione  
della  
Repubblica Ita  
liana  
contiene i diritti fondamentali dell  
cittadino, della situazione  
e l'President della Re  
pubblica Italiana

della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente. La verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio deve restare peraltro affidata - in attesa della declinazione che potrà dare il legislatore - a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale, cui spetterà altresì verificare le relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze. La delicatezza del valore in gioco richiede, inoltre, l'intervento di un organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità; nelle more dell'intervento del legislatore, tale compito è affidato ai comitati etici territorialmente competenti. Quanto poi al tema dell'obiezione di coscienza del personale sanitario, la declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato. I requisiti procedurali dianzi indicati, infine, valgono

Emerge poi la necessità, sentita dal redattore della sentenza, di un controllo terzo, per la verifica delle modalità di esecuzione ed anche nelle condizioni ...

Quanto poi al tema dell'obiezione di coscienza del personale sanitaria, la declaratoria di illegittimità costituzionale si limita ad escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedure a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi o no ad esaudire la richiesta del malato...'



# CORTE COSTITUZIONALE

La Costituzione  
della  
Repubblica Italiana  
Cura dei diritti fondamentali dell'  
uomo, dei valori, della civiltà  
e della dignità della  
Persona umana

Sentenza **50/2022**

Giudizio **GIUDIZIO SULL'AMMISSIBILITÀ DEI REFERENDUM**

Presidente **AMATO** - Redattore **MODUGNO**

Camera di Consiglio del **15/02/2022** Decisione del **15/02/2022**

Deposito del **02/03/2022** Pubblicazione in G. U. **02/03/2022**

Norme impugnate: Art. 579 del codice penale (Omicidio del consenziente), approvato con regio decreto 19 ottobre 1930, n. 1398, limitatamente alle seguenti parti: a) c. 1°, limitatamente alle parole: "la reclusione da sei a quindici anni."; b) c. 2°: integralmente; c) c. 3°, limitatamente alle parole "Si applicano".

Massime: **44531 44532 44533 44534 44535**

Atti decisi: **ref. 179**

**Massima n. 44534**

*Titolo*

Diritti inviolabili o fondamentali - In genere - Diritto alla vita - Posizione privilegiata nell'ordinamento - Matrice di ogni altro diritto a tutela della persona, anziché di interessi collettivi - Prevalenza sulla libertà di autodeterminazione - Conseguente esclusione, al suo interno, del diritto a ottenere un aiuto a morire - Necessità di una lettura costituzionalmente orientata dell'omicidio del consenziente (art. 579 c.p.). (Classif. 0 8 1 0 0 1 ) .

*Testo*

Il diritto alla vita, riconosciuto implicitamente dall'art. 2 Cost., nonché, in modo esplicito, dall'art. 2 CEDU, è il primo dei diritti inviolabili dell'uomo, cioè di quei diritti che occupano nell'ordinamento una posizione, per dir così, privilegiata, in quanto appartengono all'essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana. Esso concorre a costituire la matrice prima di ogni altro diritto, costituzionalmente protetto della persona, e da esso discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello - diametralmente opposto - di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire. (Precedenti: S. 242/2019 - mass. 40813; S. 35/1997 - mass. 23114; S. 238/1996; S. 223/1996 - mass. 22959).

Il cardinale rilievo del valore della vita, se non può tradursi in un dovere di vivere a tutti i costi, neppure consente una disciplina delle scelte di fine vita che, in nome di una concezione astratta dell'autonomia individuale, ignori le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite. Quando viene in rilievo il bene della vita umana, dunque, la libertà di autodeterminazione non può mai prevalere incondizionatamente sulle ragioni di tutela del medesimo bene, risultando, al contrario, sempre costituzionalmente necessario un bilanciamento che assicuri una sua tutela minima. (Precedente: O. 207/2018 - mass. 41525).

L'art. 579 cod. pen., che configura il delitto di omicidio del consenziente, erige una "cintura di protezione" indiretta rispetto all'attuazione di decisioni in danno autore dell'atto abdicativo, inibendo, comunque sia, ai terzi di cooperarvi, sotto minaccia di sanzione penale, seppure configurato come fattispecie autonoma di reato, punita con pena più mite di quella prevista in via generale per il delitto di omicidio, in ragione del ritenuto minor disvalore del fatto.

Se è ben vero che il legislatore del 1930, mediante la norma incriminatrice di cui all'art. 579 cod. pen., intendeva tutelare la vita umana intesa come bene indisponibile anche in funzione dell'interesse che lo Stato riponeva nella conservazione della vita dei propri cittadini, non è però affatto arduo cogliere, oggi, la ratio di tutela della norma alla luce del mutato quadro costituzionale, che guarda alla persona umana come a un valore in sé, e non come a un semplice mezzo per il soddisfacimento di interessi collettivi. (O. 207/2018).



Cagliari University  
Department of Medical Sciences  
and Public Health  
Forensic Science and Legal Medicine Unit

Università degli Studi di Cagliari  
Dipartimento di Scienze Mediche  
e Sanità Pubblica  
Sezione di Medicina Legale



ATTI FINALIZZATI A PROVOCARE LA MORTE <sup>5</sup>

INDIRIZZI APPLICATIVI ALLEGATI ALL'ART. 17 E CORRELATI  
AI SENSI DELLA SENTENZA 242/19 DELLA CORTE COSTITUZIONALE

**Codice di deontologia medica (addendum all'articolo 17)**

La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare.

Art. 17

**Il medico, anche su richiesta del paziente, NON deve effettuare ne' favorire atti finalizzati a provocarne la morte**

Gentili Avvocati,

si trasmette la relazione del Gruppo Tecnico Multidisciplinare, nominato dall'ASUR Marche – Area Vasta 2, con nota del 28 dicembre 2021, al quale è stato affidato il compito di esprimersi sul quesito di cui all'Ordinanza del Tribunale di Ancona del 9 giugno 2021, ossia *“se le modalità, la metodica e il farmaco (Tiopentone sodico nella quantità di 20 grammi) prescelti siano idonei a garantirgli la morte più rapida, indolore e dignitosa possibile (rispetto all'alternativa del rifiuto delle cure con sedazione profonda continuativa, e ad ogni altra soluzione in concreto praticabile, compresa la somministrazione di un farmaco diverso)”*.

La nomina del predetto Gruppo Multidisciplinare si è resa necessaria a seguito della risposta del Comitato Etico alla richiesta di integrazione del precedente parere, inoltrata da questa Azienda sanitaria unitamente alla relazione del Dott. Riccio.

Il Gruppo Multidisciplinare, dopo ampia discussione, ha comunicato in data 4 febbraio u.s. le sue conclusioni basate sui dati desunti dalla letteratura scientifica internazionale, essendo assente nel nostro Paese qualsiasi conoscenza clinico-tossicologica e procedure standardizzate/linee guide atte a produrre l'evento morte. Distinti saluti.

Il Direttore Area Vasta 2

Il Direttore Generale ASUR Marche

Per quanto di interesse a questo GTM, in relazione al quesito su *“la modalità, la metodica ed il farmaco”* il CERM, al punto 6 del proprio parere, ha ritenuto che *“la richiesta di fornire una valutazione relativa all'oggetto (modalità, metodica e farmaco) non può essere soddisfatta”* per le seguenti argomentazioni, numerate dal 1 a 5, che si riportano di seguito:

- 1. non viene motivato quali siano i presupposti per i quali è stata scelta la specifica dose di 20 gr. supportata dalle evidenze che la letteratura scientifica riporta, non riportando specifiche motivazioni in merito;*
  - 2. non viene specificato se e con quale modalità si procederà ad una premedicazione con un ansiolitico al fine di ridurre l'ansia e sedare il soggetto in vista di una procedura ad alto impatto emotivo e di stress;*
  - 3. non viene indicata la modalità che si intende impiegare per somministrare i 20 gr. indicati di tiopentale sodico;*
  - 4. non viene indicato se insieme al tiopentale sodico verrà somministrato un anestetico locale per limitare il dolore da iniezione di farmaci coma-inducenti come il tiopentale sodico;*
  - 5. non è chiaro se verrà utilizzato il solo tiopentale sodico nella quantità indicata per portare a compimento la procedura di suicidio medicalmente assistito.*
- Il Comitato Etico, infine, non ritiene essere di sua competenza indicare le modalità alternative a quanto richiesto”.*

Mancanza di dati italiani/internazionali

Sedazione soggetto

Modalità per autosomministrazione

Anestesia locale per limitare dolore da iniezione

Monofarmaco o cocktail farmacologico

Relativamente alla richiesta dell'uso del farmaco in esame ai fini del suicidio medicalmente assistito per determinare la morte, sono necessari dosaggi sovra - anestesiológicos.

Per determinare le dosi di Tiopentone risultate letali nell'adulto (5-21), si sono esaminati dati della letteratura scientifica che, pur se basati su esperienze ottenute su setting diversi (esecuzione capitali), consentono di trarre indicazioni utili ad individuare una finestra di dosi corretta.

Occorre premettere che la farmacocinetica del Tiopentone a dosaggi sovra-anestesiológicos non può essere assimilata a quella utilizzata nella pratica clinica: non esiste pertanto una linearità nella Distribuzione Metabolismo ed Escrezione del farmaco all'aumentare delle dosi, specie laddove il farmaco viene somministrato in bolo e rapidamente, come nel caso di specie. Questo aspetto diventa fondamentale per comprendere la reale entità della tossicità indicata dagli studi citati, secondo i quali 3,0/5,0 g di solo Tiopentone in infusione EV sono rapidamente fatali.

Il Tiopentone ad un dosaggio inferiore (2 g) è utilizzato in Olanda per l'induzione del coma nel corso della procedura di eutanasia.

Poiché con questa dose il solo Tiopentale Sodico non garantisce l'effetto letale in corso di eutanasia, la prassi olandese prevede la successiva somministrazione di un bloccante neuromuscolare come, ad

esempio, il rocuronio. Le linee guida olandesi, emanate dalla Royal Dutch Medical Association e dalla Royal Dutch Pharmacists Association nel 2012<sup>1</sup>, raccomandano di somministrare sempre il bloccante neuromuscolare, anche se il soggetto sembra deceduto a seguito della somministrazione della sostanza coma-inducente.

La via di somministrazione per via orale, talvolta utilizzata per le pratiche di suicidio medicalmente assistito, non è applicabile nel caso di specie.

Tornando all'utilizzo del Tiopentone Sodico per via endovenosa, la rapida velocità di somministrazione insieme con il quantitativo necessario (3-5 g), sono elementi fondamentali per determinare lo stato di sonno del paziente; si tratta di un sonno molto profondo che viene impropriamente chiamato "coma farmacologico". Contemporaneamente al sonno avverrà l'arresto del respiro del paziente e la caduta della lingua che andrà ad ostruire le prime vie aeree, con insorgenza di insufficienza respiratoria acuta.

Successivamente, l'assenza del respiro (apnea), prolungata per alcuni minuti, causerà l'aumento dell'anidride carbonica nell'organismo che a sua volta determinerà il prolungarsi del sonno profondo e del coma.

## Aspetti medici e tossicologici presi in considerazione dal Gruppo Tecnico

Dosaggio e farmacocinetica di un farmaco impiegato in concentrazioni estremamente più basse in clinica

Suggerione clinica all'impiego di diverse classi di farmaci

Necessità di fornire il rationale scientifico alla base della scelta



## Autosomministrazione del Tiopentone

Relativamente all'utilizzo di sostanze sedative prima della somministrazione del Tiopentone, trattandosi di richiesta di suicidio assistito, e dunque di volontà espressa con lucida autodeterminazione da parte del malato di porre fine alla propria esistenza, non si ritiene opportuna la somministrazione preliminare di farmaci che possano sedare il paziente, perché lo stesso deve rimanere cosciente ed attivare autonomamente la linea infusiva che inietta il farmaco prescelto.

Non pre-sedazione

## 2. SOMMINISTRAZIONE DI UN FARMACO DIVERSO

La ricognizione della letteratura in materia (v. *bibliografia allegata, ricavata dalla banca dati Pubmed – search terms dal 1998 al 2018 – “Thiopentone OR Thiopental OR Pentothal OR Barbiturates AND Assisted suicide”*.) ha selezionato **circa 20 studi per corrispondenza della tematica, rilevanza e autorevolezza delle fonti**, i quali indicano che solo alcuni farmaci sono stati utilizzati allo scopo di indurre suicidio medicalmente assistito nei paesi in cui questa pratica è consentita. Si tratta di oppioidi, bloccanti neuromuscolari, benzodiazepine e barbiturici (come il Tiopentone), impiegati da soli o associati tra loro in specifiche combinazioni.

Uno studio belga del 2018 (v. *bibliografia Dierickx et al.*) è di particolare rilevanza ai fini presenti. Gli autori, infatti, hanno classificato retrospettivamente i farmaci utilizzati per le procedure assimilabili a quella in oggetto attuate in Belgio negli anni 1998, 2007 e 2013, ricavandone sia la graduatoria di utilizzo anno per anno che la tendenza di scelta nel tempo. La tabella riportata in calce è tratta dallo studio citato e ordina le opzioni farmacologiche in due categorie: farmaci raccomandati dall'Ordine dei Farmacisti Belga e farmaci non raccomandati. Osservando la prevalenza dei farmaci utilizzati si può notare come nel tempo essa sia radicalmente cambiata, portando alla progressiva e netta affermazione dei farmaci raccomandati.

Tra questi, che non comprendono gli oppioidi, prevalgono i barbiturici, somministrati sia da soli che in combinazione con altri farmaci quali i bloccanti neuromuscolari, che rappresentano i farmaci prevalenti via via consolidatisi nel tempo.

Questi dati, assai accurati, rilevanti e indicativi dell'evoluzione del settore indicano nei barbiturici (il riferimento è al Tiopentone) la classe di farmaci più idonea sotto i molteplici aspetti farmacodinamici, farmacocinetici, tossicologici, medici ed etici sottostanti la materia.

Farmaci	1998 (n=95)	2007 (n=142)	2013 (N=349)
Raccomandati	11,9	55,3	66,8
Barbiturici e bloccanti neuromuscolari	4,8	30,1	39,7
Barbiturici (da soli o con altri farmaci, esclusi i bloccanti NM)	7,1	15,4	20,1
Bloccanti neuromuscolari (da soli o con altri farmaci, esclusi i barbiturici)	0	9,8	7,1
Non raccomandati	88,1	44,7	33,2
Benzodiazepine e oppioidi	17,5	20,9	14,8
Benzodiazepine (da sole o con altri farmaci, esclusi i barbiturici, oppioidi e bloccanti NM)	9,6	0,5	1,8
Oppioidi (da soli o con altri farmaci, esclusi i barbiturici, benzodiazepine e bloccanti NM)	61,1	23,3	16,0
Altri farmaci	0	0	0,5



#### 4. CONCLUSIONI

Il Gruppo Tecnico Multidisciplinare, sulla base delle considerazioni sopra esplicitate, dopo ampia discussione, ad unanimità, in risposta al quesito c) posto nell'ordinanza del Tribunale di Ancona del 09/06/2021 "se le modalità, la metodica e il farmaco (Tiopentone Sodico nella quantità di 20 gr) prescelti siano idonei a garantirgli la morte più rapida, indolore e dignitosa possibile (rispetto all'alternativa del rifiuto delle cure con sedazione profonda continuativa, e ad ogni altra soluzione in concreto praticabile, compresa la somministrazione di un farmaco diverso)" ritiene che:

1. In merito a modalità, metodica e farmaco prescelto dal Sig.

il Tiopentone Sodico, somministrato per via endovenosa, appare idoneo a garantire una morte rapida (minuti) e indolore, ad un dosaggio non inferiore a 3 – 5 grammi per una persona adulta del peso di 70 kg. Il dosaggio di 20 grammi proposto dal Sig. appare eccessivo. La modalità di somministrazione del Tiopentone Sodico è quella dell'autosomministrazione mediante infusione endovenosa. A riguardo si osserva che l'elevata alcalinità della sostanza (pH 10) e la conseguente estrema tossicità nei confronti dei tessuti dell'organismo umano deve far porre particolare attenzione alla corretta esecuzione della suddetta somministrazione, che deve escludere stravasi ematici.

2. In merito alla possibilità di somministrare un farmaco diverso dal Tiopentone Sodico, l'esame della letteratura scientifica fa rilevare che tale farmaco potrebbe essere identificato nel Propofol il quale, tuttavia, mostra numerose criticità rispetto al Tiopentone, come ampiamente evidenziato nel presente elaborato e che si riportano sinteticamente di seguito:

- il farmaco si trova in commercio esclusivamente in flaconi già diluiti per uso terapeutico;
- contrariamente al Tiopentone, non è prevista una diluizione utile al raggiungimento della concentrazione necessaria alla realizzazione dell'evento morte;
- l'effetto letale del Propofol può essere raggiunto solo somministrando più flaconi in quantità complessivamente molto più elevata del Tiopentone e con necessità di intervento di terzi (eutanasia attiva). A tal proposito si osserva che nel protocollo olandese ed anche in Canada la somministrazione di Propofol è preliminare a quella di altre sostanze (con azione, quindi, di soggetti terzi configurando tale operatività eutanasia attiva):

- Trattandosi di richiesta di suicidio assistito, e dunque di volontà espressa con lucida autodeterminazione da parte del malato di porre fine alla propria esistenza, si ritiene non opportuna la somministrazione preliminare di farmaci che possano sedare il paziente, perché lo stesso deve rimanere cosciente ed attivare autonomamente la linea infusiva che inietta il farmaco.

**Caveat sulla corretta somministrazione per 'potenziali' danni locali in sede di inoculazione**

**La lucidità e l'autodeterminazione devono permanere fino all'ultimo istante' o devono permeare il processo che porta alla richiesta?**

Confusione semantica  
ma anche concettuale  
(carenza di un lessico  
'familiare' condiviso)

**3. In merito all'alternativa del rifiuto alle cure con sedazione profonda continuativa,**  
per tutte le ragioni ampiamente rappresentate, nel caso in esame la sedazione palliativa profonda conseguente al rifiuto alle cure è possibile, ma non rapida (la morte avverrebbe a distanza di diversi giorni dall'interruzione delle manovre di sostegno vitale).  
In tale ipotesi, deve inoltre essere tenuta nella dovuta considerazione la comprensibile ulteriore sofferenza che i familiari del Sig. \_\_\_\_\_ proverebbero nella prolungata attesa del realizzarsi dell'evento morte del proprio congiunto.

Si rammenta infine che l'attuazione della sedazione palliativa deve ricadere nelle condizioni previste dalla Legge n. 219/2017, ossia è possibile solo previo consenso del paziente.

**4. In merito all'individuazione della morte "più dignitosa possibile",** la soggettività del concetto di autodeterminazione, unitamente all'assenza di una normativa nazionale sul fine vita, nonché la scarsa casistica sul piano della letteratura scientifica internazionale consultata e la mancanza di una consolidata esperienza clinica, non consentono a questo Gruppo Tecnico Multidisciplinare di esprimere una definizione, oggettivamente valida, circa "la morte più dignitosa possibile" tra le procedure prese in esame.

Da ultimo, si deve precisare che il presente elaborato è basato sui dati desunti dalla letteratura scientifica internazionale essendo assente nel nostro Paese, in mancanza di una specifica normativa, qualsiasi conoscenza clinico-tossicologica e di procedure standardizzate/linee guida atte a produrre l'evento morte.

Dignità  
concetto cangiante  
ma  
valore fondante

Legge approvata in Parlamento in data 14 marzo 2022 ma mai licenziata dal Senato

## ‘Morte volontaria medicalmente assistita’

Art.1 (Finalità)

1. La presente legge disciplina la **facoltà** della persona affetta da una **patologia irreversibile** e con **prognosi infausta** o da una **condizione clinica irreversibile di richiedere assistenza medica**, al fine di **porre fine volontariamente e autonomamente alla propria vita**, alle condizioni, nei limiti e con i presupposti previsti dalla presente legge e nel rispetto dei principi della Costituzione, della Convenzione europea dei diritti dell’uomo e della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea. **PATOLOGIA E/O CONDIZIONE**

Art.2 (Definizione)

1. Si intende per **morte volontaria medicalmente assistita** il decesso cagionato da un **atto autonomo** con il quale, in esito al percorso disciplinato dalle norme della presente legge, si pone fine alla propria vita in modo volontario, dignitoso e consapevole, **con il supporto e sotto il controllo** del Servizio Sanitario Nazionale, secondo le modalità previste dagli articoli 4 e 5. **LO IATROS SUPPORTA SCIENTIFICAMENTE E CONTROLLA**

2. Tale atto deve essere il **risultato di una volontà attuale, libera e consapevole, di un soggetto pienamente capace di intendere e di volere.**

3. Le strutture del Servizio sanitario nazionale operano nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

a) tutela della **dignità** e dell’**autonomia** del malato;

b) tutela della **qualità della vita** fino al suo termine;

c) adeguato **sostegno** sanitario, psicologico e socio-assistenziale alla persona malata e alla famiglia.

**QUALITA’ DELLA VITA DEL CITTADINO  
E SOSTEGNO ANCHE ALLA FAMIGLIA**

### Art. 3. (Presupposti e condizioni)

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 previamente coinvolta in un percorso di cure palliative al fine di alleviare il suo stato di sofferenza e le abbia esplicitamente rifiutate.** **PRE-REQUISITO DELL'OFFERTA E/O PARTECIPAZIONE AD UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE**

2. Tale persona deve altresì trovarsi nelle seguenti concomitanti condizioni:

a) essere affetta da **una patologia attestata dal medico curante e dal medico specialista che la ha in cura come irreversibile e con prognosi infausta, oppure** essere **portatrice di una condizione clinica irreversibile, che cagioni sofferenze fisiche e psicologiche che la persona stessa trova assolutamente intollerabili;** **LA CONDIZIONE NON DEVE ESSERE A PROGNOSI INFAUSTA**

b) **essere tenuta in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale**, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente. **NECESSITA' DELLA DIPENDENZA DA TRATTAMENTI DI SOSTEGNO VITALE**



## Art. 6. (Obiezione di coscienza)

1. Il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie (sic!; ndr) non è tenuto a prendere parte alle procedure per l'assistenza alla morte volontaria medicalmente assistita disciplinate dalla presente legge quando sollevi obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata entro tre mesi dalla data di adozione del regolamento di cui all'articolo 7 al Direttore dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, nel caso di personale dipendente. OBIEZIONE DI COSCIENZA (può essere proposta oppure è un ossimoro trattandosi di una manifestazione di volontà autodeterminata?)
2. L'obiezione di coscienza può sempre essere revocata o essere proposta anche fuori del termine di cui al comma 1, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione ai soggetti di cui al comma 1.
3. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente dirette al suicidio e non dall'assistenza antecedente l'intervento. POSIZIONAMENTO AGOCANNULA ??? (atto non necessariamente e direttamente finalizzato alla morte volontaria)
4. Gli enti ospedalieri pubblici autorizzati sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dalla presente legge. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione. POSSIBILITA' DI OBIEZIONE DELLA STRUTTURA?



## Art. 4. (Requisiti e forma della richiesta)

1. La richiesta di morte volontaria medicalmente assistita deve essere attuale, informata, consapevole, libera ed esplicita. La richiesta deve essere **manifestata per iscritto e nelle forme dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata**. La richiesta può essere revocata in qualsiasi momento senza requisiti di forma e con ogni mezzo idoneo a palesarne la volontà.
2. Nel caso in cui le condizioni della persona non lo consentano, la richiesta può essere espressa e documentata con videoregistrazione o qualunque altro dispositivo idoneo che le consenta di comunicare e manifestare inequivocabilmente la propria volontà, alla presenza di due testimoni.
3. La richiesta di morte volontaria medicalmente assistita **deve essere indirizzata al medico di medicina generale o al medico che ha in cura il paziente**, nel rispetto della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico. **RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**
4. Ricevuta la richiesta, **il medico prospetta al paziente, e se questi acconsente anche ai suoi familiari, le conseguenze di quanto richiesto e le possibili alternative**, e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. **AZIONE DI SOSTEGNO**



## Art. 5. (Modalità)

1. La morte volontaria medicalmente assistita deve avvenire nel rispetto della dignità della persona malata e in modo da non provocare ulteriori sofferenze ed evitare abusi. **La persona malata 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.**
2. Il medico che ha ricevuto dal paziente la richiesta di morte volontaria medicalmente assistita formulata nelle forme di cui all'articolo 4 redige un rapporto dettagliato e documentato sulle condizioni cliniche, psicologiche, sociali e familiari del richiedente e sulle motivazioni che l'hanno determinata e lo inoltra al **Comitato di Valutazione Clinica** di cui all'articolo 7 territorialmente competente. Il rapporto è corredato da copia della richiesta e della documentazione medica e clinica ad essa pertinente. RAPPORTO – REDATTO DAL MEDICO CHE RICEVE LA RICHIESTA - DETTAGLIATO E DOCUMENTATO SU CONDIZIONI PSICOLOGICHE, SOCIALI E FAMILIARI ??? E SULLE MOTIVAZIONI ???
3. Il rapporto deve precisare se la persona è stata adeguatamente informata della propria condizione clinica e della prognosi, se è stata adeguatamente informata dei trattamenti sanitari ancora attuabili e di tutte le possibili alternative terapeutiche. Il rapporto deve indicare inoltre se la persona 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 esplicitamente rifiutato tale percorso assistenziale. Nel rapporto il medico è tenuto a indicare qualsiasi informazione da cui possa emergere che la richiesta di morte medicalmente assistita non sia libera, consapevole e informata.
4. Per la stesura del rapporto e la valutazione clinica il medico può avvalersi della collaborazione di medici specialisti. **Qualora ritenga che manchino palesemente i presupposti e le condizioni di cui all'articolo 3 il medico non trasmette la richiesta al Comitato per la valutazione clinica, motivando la sua decisione.**

Art 5) ...

5. Il Comitato per la valutazione clinica, entro trenta giorni, esprime un parere motivato sull'esistenza dei presupposti e dei requisiti stabiliti dalla presente legge a supporto della richiesta di morte volontaria medicalmente assistita e lo trasmette al medico richiedente ed alla persona interessata. Ai fini dell'espressione del parere, il Comitato per la Valutazione Clinica può convocare il medico di riferimento o l'equipe sanitaria per una audizione e può altresì recarsi, anche a mezzo di un suo delegato, al domicilio del paziente per accertare che la richiesta di morte medicalmente assistita sia stata informata, consapevole e libera. COMITATO PER LA VALUTAZIONE CLINICA NON CEI

6. Nel corso del periodo che intercorre tra l'invio della richiesta al Comitato per la Valutazione Clinica e la ricezione del parere di quest'ultimo da parte del medico richiedente, al paziente è assicurato un supporto medico e psicologico adeguato.

7. **Ove il parere sia favorevole, il medico richiedente lo trasmette tempestivamente, insieme a tutta la documentazione in suo possesso, alla Direzione Sanitaria dell'azienda sanitaria locale o alla direzione sanitaria dell'azienda ospedaliera di riferimento**, che deve attivare le verifiche necessarie a garantire che **il decesso avvenga**, nel rispetto delle modalità di cui al comma 1, presso il domicilio del paziente o, laddove ciò non sia possibile, presso una struttura ospedaliera e sia consentito anche alle persone prive di autonomia fisica.

Art 5) ...

8. Nel caso in cui il medico non ritenga di trasmettere la richiesta al Comitato per la valutazione clinica o in caso di parere contrario dello stesso Comitato, resta ferma comunque la possibilità per la persona che abbia richiesto la morte volontaria medicalmente assistita di ricorrere al giudice territorialmente competente, entro il termine di sessanta giorni dalla data di ricezione del parere. QUALE E' IL RUOLO DEL GIUDICE E QUALI I SUOI STRUMENTI

9. La richiesta, la documentazione e il parere di cui ai precedenti commi fanno parte integrante della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico ove già attivato.

10. 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 tutte le condizioni di cui all'articolo 3. QUALE E' IL RUOLO DELLO PSICOLOGO (forse si intende uno psichiatra)?

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