

Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI)

Rilievi sul testo unificato nell'ambito dell'esame dei disegni di legge nn. 65, 104, 124, 570, 1083 e 1408 - "Modifica all'articolo 580 del Codice penale e ulteriori disposizioni esecutive della sentenza n. 242 della Corte costituzionale del 22 novembre 2019"

Commissioni Giustizia e Affari sociali riunite, Senato della Repubblica

10 luglio 2025

La Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), alla luce dell'analisi approfondita già espressa nella memoria trasmessa alle Commissioni, desidera riaffermare la propria piena disponibilità a contribuire, per quanto di propria competenza, a un confronto costruttivo e interdisciplinare sul testo unificato del disegno di legge in materia di morte medicalmente assistita.

A tal fine, la Società scientifica ha elaborato il presente contributo nel quale evidenzia le criticità rilevate nel testo, in relazione al quale si ritiene necessario un ripensamento complessivo dell'impianto normativo, per le ragioni riportate di seguito in estrema sintesi e trattate nelle pagine seguenti più diffusamente:

- La relazione di cura non viene valorizzata e i curanti sono del tutto esautorati affidando la decisione al Comitato Nazionale di Valutazione, organo di nomina politica chiamato a prendere decisioni per la persona pur non intrattenendo alcuna relazione né contatto diretto e personale con la stessa.
- Il SSN è escluso nella fase attuativa della procedura e non viene indicato il soggetto chiamato ad assistere la persona, prescrivere o fornire i farmaci, o supervisionare la sequenza degli eventi, esponendo a una potenziale selezione per censo dei pazienti e alla nascita di sistemi privati profit.
- Non è previsto un percorso di presa in carico per le persone che non rientrino nei requisiti di accesso al percorso assistito o che, pur avendoli, non trovano alcuna struttura incaricata di assisterle, mancanza che configura il rischio di abbandono e marginalizzazione del cittadino.
- Vengono utilizzate parole ambigue come "indisponibilità della vita" o definizioni restrittive di "trattamento di sostegno vitale", che rischiano di creare molte difficoltà nell'applicazione e risultano in conflitto con la sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019.
- La previsione di un potenziamento delle Cure Palliative è priva di un adeguato sostegno finanziario: è molto improbabile che si avranno sensibili miglioramenti senza un effettivo adeguamento del finanziamento e della formazione del personale coinvolto.

Alla luce di questi rilievi, SIAARTI ritiene che un intervento emendativo possa rivelarsi insufficiente e propone l'attivazione di un tavolo tecnico interistituzionale, con la partecipazione delle Commissioni parlamentari, del Ministero della Salute, del Ministero della Giustizia e delle rappresentanze scientifiche e professionali, per una revisione sostanziale e ampiamente condivisa del disegno di legge.

La Società scientifica ribadisce il proprio impegno a contribuire con equilibrio, competenza e responsabilità alla definizione di un quadro normativo che sia rispettoso della dignità della persona, coerente con i principi costituzionali e clinicamente attuabile all'interno del SSN.

Commenti all'articolo 1

La rubrica dell'articolo 1 recita *"Inviolabilità e indisponibilità del diritto alla vita"*. I termini *"inviolabilità della vita"* e *"indisponibilità della vita"* non sono sovrapponibili. Mentre, infatti, il concetto di inviolabilità della vita *altrui* è inconfutabile e di assoluto rilievo, la nozione di *"indisponibilità della vita"* (ossia della *propria* vita) necessita di chiarimento. In molte situazioni e circostanze, infatti, ogni persona dispone in certo modo della propria vita: ad esempio, rifiutando di vaccinarsi o rifiutando legittimamente altri trattamenti di tipo sanitario (come riconosciuto dalla Legge 219/2017 oltre che dalla Costituzione).

La medesima richiesta di chiarimento vale anche per il comma 2 che fa riferimento agli *"atti civili e amministrativi contrari alle finalità del presente articolo"*. Data la delicatezza del tema e il titolo assegnato all'articolo, ci sembra indispensabile chiarire cosa si intende con una tale espressione.

Commenti all'articolo 3

La SIAARTI apprezza molto l'attenzione alle Cure Palliative. Tuttavia, rispetto alla richiesta di una persona pienamente capace di scelte libere e consapevoli di essere aiutata a darsi la morte, in quanto in una situazione clinica di particolare gravosità *"fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili"*, compito del Legislatore deve essere quello di rafforzare il ruolo dello Stato e di porre le Regioni nelle condizioni di poter offrire cure adeguate.

A tal fine, non è sufficiente decretare di *"garantire l'integrale utilizzo, per le finalità di cui alla presente legge, delle somme di cui all'articolo 12, comma 2"*, né prevedere la nomina di un *"commissario ad acta"* nel caso in cui le Regioni non siano in grado di presentare o realizzare piani idonei al potenziamento delle cure palliative. L'obiettivo - come dimostra l'esperienza pluridecennale delle Regioni commissariate per la gestione degli aspetti sanitari - non si raggiunge solo o principalmente con logiche sanzionatorie o punitive non in linea con il principio di leale collaborazione¹, ma con una piena condivisione con i territori interessati, nonché con investimenti adeguati sul piano delle risorse economiche, con un'efficiente organizzazione dei servizi, con una formazione specifica e qualitativamente elevata di chi li organizza e di chi li eroga.

¹ Articolo 3 (*Modifiche alla legge 15 marzo 2010, n. 38, recante Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*). La formulazione della disposizione sembra contrastare con il principio di leale collaborazione, in quanto tradisce la finalità e lo spirito dell'istituto della sostituzione dello Stato nei casi in cui una Regione non sia adempiente nella garanzia delle prestazioni. Non è, infatti, previsto alcuno strumento di concertazione, né di raccordo con l'autonomia territoriale, nemmeno in vista della conclusione del periodo di commissariamento e di ritorno al pieno controllo da parte della Regione o della Provincia autonoma interessata della rete delle cure palliative.

Centrali sono poi l'informazione e il coinvolgimento dei cittadini rispetto alle possibilità offerte dai servizi pubblici e privati ad ogni persona per il perseguimento della propria salute e del proprio benessere, oltre che di quello della rete di prossimità del paziente.

Il fondamentale problema della rete delle Cure palliative è proprio di essere stata finora sottofinanziata, risultando insufficienti le risorse umane, strutturali e organizzative. È molto improbabile che si avranno sensibili miglioramenti al riguardo senza un effettivo adeguamento del finanziamento, e quindi delle risorse umane (personale medico, infermieristico, di supporto psicologico, amministrativo, e altro) e strumentali indispensabili.

Commenti agli articoli 2 e 4

Con la sentenza n. 242/2019, la Corte costituzionale ha stabilito che nei casi in cui viene “agevolata 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 trova intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli*” “l'indiscriminata repressione penale dell'aiuto al suicidio”, ai sensi dell'art. 580 Codice penale, “entra in frizione” con diversi precetti costituzionali, evocati nelle varie sentenze della Corte che si sono susseguite sul punto a partire da Corte costituzionale, ord. n. 207/2018, che discendono, in particolare, dagli artt. 2, 13, 32, comma 2° della Costituzione (sentenza n. 242/2019, **punto 5** del Considerato in diritto).

È dunque (almeno) in questa cornice che lo Stato ha il dovere di rivedere la disciplina penale della condotta prevedendo “specifiche cautele”, volte ad evitare “intollerabili vuoti di tutela per i valori protetti” dal Codice penale, con particolare riguardo al “*pericolo di abusi per la vita di persone in condizioni di vulnerabilità*” (sentenza n. 242/2019, **punto 6** del Considerato in diritto).

La Corte costituzionale ha individuato negli artt. 1 e 2 della legge n. 219/2017 una “procedura medicalizzata” idonea a garantire una tale tutela. Procedura che riposa sulla relazione di cura e fiducia nel cui ambito vengono individuati gli obiettivi di cura adeguati e voluti dalla persona malata (sentenza n. 242/2019, **punto 6** del Considerato in diritto).

Nel contesto delineato dalla Corte – che inserisce la richiesta di aiuto al suicidio nell'ambito della relazione di cura di cui alla legge n. 219 – la Corte ha ritenuto opportuno affidare la verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio alle “strutture del Servizio Sanitario Nazionale”, cui ha attribuito anche il compito di “*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*”.

Per la “delicatezza del valore in gioco” la Corte ha, infine, richiesto “*l'intervento di un organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità*”.

Riteniamo che il presente ddl vada in una direzione opposta rispetto a quella indicata dalla Corte costituzionale per diverse ragioni:

- a) non chiarisce il rapporto tra il nuovo **comma 2 bis** introdotto nell'art. **580 Codice penale**² e il disposto della sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale, che, pure, la rubrica della legge dice di volere "eseguire"³;
- b) **non valorizza la relazione di cura**, ma a fronte di una tale drammatica richiesta della persona sofferente, sembra esautorare del tutto i suoi curanti per rimetterlo nelle mani di una commissione centrale, il Comitato Nazionale di Valutazione, di nomina politica e non tecnica, che - in tempi estremamente lunghi⁴ - è chiamato a prendere decisioni rilevanti per la persona stessa pur non essendo previsto abbia alcuna relazione né alcun contatto diretto e personale con essa (come invece ora avviene nelle realtà dove la presa in carico della domanda di suicidio medicalmente assistito è affidata ai comitati etici per la pratica clinica);

² Articolo 2 (Modifiche al codice penale): "Non è punibile chi agevola l'esecuzione del proposito di cui ai commi precedenti, formatosi in modo libero, autonomo e consapevole, di una persona maggiorenne, **inserita nel percorso di cure palliative**, tenuta in vita da **trattamenti sostitutivi di funzioni vitali** e affetta da una patologia irreversibile, fonte di **sofferenze fisiche e psicologiche intollerabili**, ma **pienamente capace di intendere e di volere**, le cui **condizioni** siano state **accertate dal Comitato Nazionale di Valutazione** di cui all'articolo 9-bis della legge 23 dicembre 1978, n. 833".

³ La parte dispositiva della sentenza, entrata ora nel testo dell'art.580 del codice penale, ha dichiarato, infatti, l'illegittimità costituzionale del disposto normativo nella parte in cui l'art. 580 non esclude la punibilità di chi, **con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219** (*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*) – 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**". Il testo della sentenza e quello dell'art. 2, riportato nella precedente nota, divergono nei punti evidenziati in grassetto.

⁴ Articolo 4 (Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale): sempre al punto a) si dispone che *"Il Comitato Nazionale di Valutazione si pronuncia entro sessanta giorni dalla richiesta, prorogati di trenta giorni in caso di richiesta di ciascuno dei pareri di cui ai periodi precedenti. Il termine di rilascio del parere da parte del Comitato Nazionale di Valutazione può essere prorogato, di pari termine, in caso di motivate esigenze. (...). In caso di accertamento dell'insussistenza dei requisiti di cui alla sentenza della Corte costituzionale del 22 novembre 2019, n. 242, la richiesta può essere reiterata nei soli casi in cui è dimostrato dall'interessato l'intervenuta sussistenza dei requisiti stabiliti dalla succitata sentenza della Corte Costituzionale e comunque non prima di 180 giorni."*. Questo significa che la persona avrà una risposta solo dopo 60 giorni, che possono arrivare a 120 (che si possono anche allungare nel caso si coinvolga il Centro di coordinamento nazionale per la sperimentazione) e che deve aspettare 180 giorni per poter ripresentare la domanda, pur in caso di peggioramento delle sue condizioni. Si tratta di tempi francamente troppo lunghi, che dimostrano da un lato una crudele assenza di considerazione per la sofferenza delle persone che giungono ad uno stato di sofferenza tale da chiedere di essere aiutate a morire, dall'altro la totale ignoranza rispetto alle dinamiche cliniche delle condizioni di gravi fragilità legate al fine vita. È dunque opportuno un congruo adeguamento di tali limiti temporali.

- c) non rispetta il mandato della Corte che richiede che tanto i requisiti per il suicidio medicalmente assistito quanto **le modalità attuative siano controllate dal Servizio pubblico nazionale**, anche rispetto alla “tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità”. Prevedere che la verifica dei requisiti siano in capo ad una Commissione nominata dal Presidente del Consiglio dei ministri non fornisce una garanzia analoga al cittadino. Il Presidente del Consiglio dei ministri, infatti, ha una responsabilità politica, legata al Governo – che rappresenta solo la maggioranza degli elettori, e non tutti i cittadini che usufruiscono dei servizi offerti dal SSN – e non ha alcuna competenza tecnico-amministrativa. Si fa poi notare che i membri del Comitato potrebbero esercitare il loro mandato fino a 15 anni, ponendo un rischio di cristallizzazione istituzionale e di allontanamento dalle esigenze cliniche ed etiche contemporanee.
- d) La Corte costituzionale richiede, inoltre, che un organo collegiale “terzo e imparziale” intervenga con un compito che non viene minimamente considerato nel ddl: quello della **tutela delle persone in situazioni di vulnerabilità**. Compito che evidentemente non può che essere assolto da un organismo vicino alla persona richiedente, nel rispetto del principio di sussidiarietà. Solo tale organismo radicato sul territorio può procedere all’incontro con e all’ascolto della persona malata, incontro che diviene già esso stesso **tempo e occasione di cura della persona** (art. 1, Legge 219/2017). Si evita così che la procedura sia ridotta a un’analisi burocratica di carte da parte di un gruppo di “esperti”, privi della competenza⁵ necessaria a ricostruire il contesto clinico e sociale entro cui la richiesta avviene.
- e) L’esito del percorso così come previsto dal ddl mostra scarsa considerazione per la persona malata, e determina a nostro avviso l’abbandono e l’emarginazione del cittadino che, affetto da una sofferenza per lui intollerabile, chiede di essere aiutato a morire. Tale rischio di abbandono è reale non solo nella fase iniziale, in cui si **spezza la relazione di cura** con una procedura altamente burocratizzata, poco trasparente ed a rischio di forti strumentalizzazioni politiche, ma **anche nella fase successiva di attuazione della procedura**⁶. Non è specificata, infatti alcuna presa in carico né

⁵ Articolo 4 (Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale): al punto a) si dispone la creazione di un *Comitato Nazionale di Valutazione* che, si precisa, “è formato da sette componenti, di cui un giurista, (...), un bioeticista, un medico specialista in anestesia e rianimazione, un medico specialista in medicina palliativa, un medico specialista in psichiatria, uno psicologo e un infermiere”. Risulta molto problematica l’assenza di un medico specialista nella patologia da cui è affetta la persona richiedente. Al riguardo, il ddl si limita a prescrivere che “il Comitato Nazionale di Valutazione acquisisce agli atti il parere, non vincolante, di un medico specialista della patologia di cui soffre il richiedente”: è poco verosimile che questo sia sufficiente ad acquisire una conoscenza adeguata della situazione.

Dalla lettura dell’articolo 4 del ddl non si evince in alcun modo che il Comitato abbia un incontro significativo con la persona richiedente, limitandosi ad un lavoro burocratico di valutazione di documenti. Ci si chiede davvero se chi ha scritto questo ddl abbia coscienza da una parte della situazione di sofferenza di queste persone e dall’altra della doverosità di una relazione umana efficace con esse, al fine di una effettiva valutazione. **Davvero si pensa che sia possibile decidere della vita di una persona senza guardarla negli occhi nemmeno una volta, senza averla incontrata e ascoltata, senza essersi confrontati con lei?**

⁶ Articolo 4 (Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale): al punto b) si prescrive che “il personale in servizio, le strumentazioni e i farmaci, di cui dispone a qualsiasi titolo il Sistema Sanitario Nazionale non possono essere impiegati al fine della agevolazione del proposito di fine vita considerata dalla sentenza della Corte costituzionale del 22 novembre 2019, n. 242”. Tale prescrizione è del tutto incomprensibile in

per quelle persone che non avessero i requisiti di accesso (che, nello stato di insopportabile prostrazione in cui si trovano, rischiano di vedersi abbandonati a una burocratica comunicazione tramite raccomandata, e null'altro) e nemmeno per coloro cui venisse riconosciuto il diritto di accesso alla procedura.

Il testo del ddl (art. 4, comma b) afferma, infatti, che *“il personale in servizio, le strumentazioni e i farmaci di cui dispone a qualsiasi titolo il Servizio sanitario nazionale non possono essere impiegati al fine dell’agevolazione dell’esecuzione del proposito di cui al medesimo articolo 580 del Codice penale”*. Il testo però non precisa successivamente in alcun modo:

- 1) chi abbia il compito di assistere la persona malata che ha chiesto e ottenuto di attuare il suicidio medicalmente assistito;
- 2) se questi debba/debbero avere particolari qualifiche professionali (e quali esse debbano essere);
- 3) chi abbia il compito di prescrivere, preparare e fornire i farmaci necessari per mettere in atto il suicidio medicalmente assistito;
- 4) in quale/i ambiente/i debba essere attuato il suicidio medicalmente assistito;
- 5) chi abbia il compito di supervisionare la sequenza degli eventi.

L’esclusione del SSN nelle fasi di attuazione del suicidio medicalmente assistito apre, di fatto, le porte a una possibile **“selezione per censo” dei pazienti** (dovendo ogni aspetto economico gravare sul paziente) e alla **realizzazione di sistemi privati sciaguratamente profit preposti alla concreta attuazione dell’atto suicidario**.

- f) Il Comitato Nazionale di Valutazione sembra ben poco adatto allo scopo di una valutazione incentrata sulla tutela della vulnerabilità della persona richiedente. Sarebbero più utili delle **commissioni di valutazione medica su base regionale**, che abbiano il compito di certificare la presenza delle condizioni richieste. Inoltre, in relazione alle funzioni che gli sono attribuite, il Comitato Nazionale di Valutazione non ha un compito di natura etica, bensì esclusivamente di verifica dei requisiti. Le competenze richieste sono di carattere giuridico e sanitario, con un approccio interdisciplinare. Di conseguenza, la competenza in ambito bioetico non risulta pertinente.

Considerazione finale

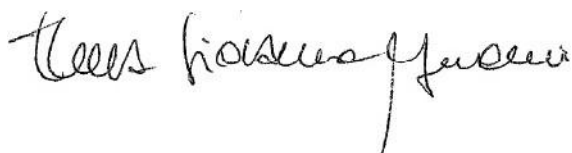
Il testo del ddl evidenzia diverse criticità, legate all’**utilizzo di parole ambigue** che creerebbero molte difficoltà nell’applicazione. Ci sono in particolare alcuni rischi da evitare legati al rispetto di diritti fondamentali delle persone, presidiati dalla nostra Costituzione. Ci si limita qui agli esempi più eclatanti:

quanto genererà una situazione di gravissima disparità, una sorta di selezione “per censo”, rendendo possibile l’accesso al percorso solo a quelle persone che possono permetterselo economicamente. Questo è ancora più grave in una situazione come l’attuale in cui moltissime persone sono in difficoltà a gestire normalmente la loro salute e una percentuale significativa della popolazione italiana deve rinunciare alle cure in quanto non ha risorse sufficienti.

- 1) **Le cure possono solo essere offerte e non possono essere imposte:** questo vale per tutte le cure, dunque anche per quelle palliative (la sentenza della Corte costituzionale lo ha ribadito da ultimo con chiarezza proprio nel contesto qui esaminato)⁷.
- 2) La Corte costituzionale, in linea con la *ratio* introdotta da Corte costituzionale n. 242/2019, è andata nel senso di un **allargamento del requisito del “trattamento di sostegno vitale”**⁸. La terminologia utilizzata dal ddl appare, al riguardo, equivocabile, inutilmente restrittiva e inevitabilmente fonte di conflitto se confrontata con la suddetta sentenza e le interpretazioni costituzionalmente orientate che essa fornisce.

La Presidente SIAARTI 2025-27

Prof.ssa Elena G. Bignami



⁷ Attenzione ad art 2 (Modifiche al Codice penale). Il testo recita “... di una persona maggiorenne, inserita nel percorso di cure palliative”: l’offerta di cure palliative è una condizione fondamentale e il percorso in tal senso deve essere assolutamente offerto ad ogni persona che fa richiesta di SMA, ma non può essere imposto. La Corte costituzionale si è pronunciata con chiarezza sul punto fin dall’ordinanza n. 207 del 2018 e dalla sentenza n. 242/2019. Ed ha precisato gli aspetti di libertà rispetto alla richiesta ed accettazione delle cure palliative da parte della persona richiedente nelle più recenti sentenze n. 135/2024 e n. 66/2025.

⁸ Corte cost. n. 135/2024 ha, infatti, ricondotto il concetto a quello di “trattamento sanitario necessario alla propria sopravvivenza”, di cui all’art. 1, comma 5°, l. n. 219/2017, specificando che possono essere ricondotte nella condizione indicata anche quelle procedure, tra le quali ad esempio, “l’evacuazione manuale dell’intestino del paziente, l’inserimento di cateteri urinari o l’aspirazione del muco delle vie bronchiali” che “si rilevino in concreto necessarie ad assicurare l’espletamento di funzioni vitali del paziente”, “procedure che sono normalmente compiute da personale sanitario, e la cui esecuzione richiede certo particolari competenze oggetto di specifica formazione professionale, ma che potrebbero essere apprese da familiari o ‘caregivers’ che si facciano carico dell’assistenza del paziente” (punto 8, parte motiva).