

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 3596

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CALABRÒ, BINETTI

Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento

Presentata il 9 febbraio 2016

ONOREVOLI COLLEGHI! — I notevoli progressi nelle conoscenze scientifiche in campo medico e l'utilizzo sempre più avanzato di sofisticate biotecnologie hanno reso possibile la cura, il miglioramento e il controllo di molte gravi patologie e disabilità. Tali nuove possibilità hanno sollevato problematiche e dubbi di difficile soluzione riguardanti l'equità dell'allocatione di risorse sempre più limitate, la definizione del limite terapeutico e della sua proporzione rispetto al risultato atteso, il riconoscimento e il significato delle disabilità particolarmente avanzate, il limite della libertà e della validità della ricerca scientifica e dell'applicazione delle sue conquiste.

Tutto ciò, come hanno evidenziato le cronache giudiziarie, ha anche sollevato nell'uomo contemporaneo ulteriori dubbi

di ordine etico attinenti al trattamento sanitario cui sottoporsi nella fase di fine vita. Ma se l'impatto della scienza e della tecnica sulla nostra vita ha destato nuovi interrogativi ai quali non è facile dare soluzioni, è pur vero che una storia millenaria ci insegna che il diritto alla vita, in quanto espressione del diritto naturale, è sempre stato garantito in tutte le società, trattandosi di un principio profondamente laico, comune a tutte le tradizioni e civiltà.

Si ravvisa, dunque, la necessità di una legge che contemperi il rispetto dell'esercizio della libertà del soggetto con la tutela della dignità di ogni uomo e del valore dell'inviolabilità della vita.

In ossequio a quanto sancito nella Costituzione che riconosce al principio di autodeterminazione del paziente il valore di diritto fondamentale, si vuole attribuire

al cittadino tale potere decisionale anche in vista dell'ipotesi che egli si trovi privo della capacità di intendere e di volere, attraverso le dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT). Ma come già avviene per la stesura del consenso informato, quando il soggetto decide in piena consapevolezza, si ritiene che anche per la redazione delle DAT debba in qualche forma sussistere quel rapporto di fiducia tra medico e paziente che determina una vera e propria alleanza terapeutica tra i due. E questo soprattutto perché si vuole recuperare idealmente il rapporto tra medico e paziente anche in una situazione estrema, in cui il paziente non è più in grado di esprimersi. In tal modo quel rapporto di fiducia che, fin dalla nascita, lega direttamente o indirettamente il paziente al medico continua anche in caso di impossibilità del malato di interagire, concretizzandosi nel dovere del medico di prestare tutte le cure di fine vita, agendo sempre nell'interesse esclusivo del bene del paziente. Non si può inoltre non tenere in debita considerazione che le DAT sono certamente espressione della libertà del soggetto di esprimere i propri orientamenti circa i trattamenti sanitari e di fine vita ai quali essere sottoposto, nell'eventualità di trovarsi in condizioni di incapacità di intendere e di volere, ma, di contro, lo privano della possibilità di contestualizzare e di attualizzare la sua scelta in virtù di eventuali cambiamenti scientifici intervenuti. Il diritto di autodeterminazione, per non divenire costrizione tirannica che può esplicare i suoi effetti contro gli interessi della persona stessa, deve sempre lasciare uno spiraglio alla revisione e persino alla contraddizione. In caso contrario, esso si trasforma nella « presunzione fatale » di poter determinare il proprio destino una volta per tutte, senza tenere conto dei mutamenti, delle trasformazioni e delle sorprese che la vita sa riservare ogni giorno. Si è ritenuto, dunque, che il concetto di « alleanza terapeutica », fondamento della presente proposta di legge, rappresenti la possibile traduzione di tale concezione della libertà, conferendo al paziente la libertà di orien-

tare le scelte terapeutiche in un contesto — di fatto e psicologico — per lui ignoto e al medico la responsabilità, nella situazione data, di attualizzarne le indicazioni. In questo contesto, il medico può assumere in maniera corretta le decisioni più opportune per il paziente, tenendo conto attentamente della sua volontà, alla luce delle nuove circostanze venutesi a creare e sempre in applicazione del principio della tutela della salute e della vita umana, secondo i principi di precauzione, proporzionalità e prudenza.

Ciò premesso, la presente proposta di legge intende, nel pieno rispetto del diritto positivo e *in primis* della Costituzione, riaffermare il valore inviolabile dell'indisponibilità della vita. Si ritiene, infatti, che nella DAT il soggetto non possa in alcun modo esprimere desideri che siano contrari alle norme giuridiche vigenti nel nostro Paese, chiedendo e ottenendo interventi eutanasi o che possano configurarsi come suicidio assistito. Allo stesso modo si intende vietare ogni forma di accanimento terapeutico, sottoponendo il soggetto a trattamenti futili, sproporzionati, rischiosi o invasivi. A tale proposito non appare pleonastico sottolineare che siffatti divieti sono già enunciati in diverse norme nazionali ed europee in materia di bioetica.

All'articolo 9 la Convenzione europea sui diritti umani e la biomedicina, nota come Convenzione di Oviedo, resa esecutiva dalla legge n. 145 del 2001, sancisce che nel caso in cui il paziente non sia in grado di esprimere i propri desideri si deve tenere conto di quelli espressi precedentemente. Riferimenti normativi non a caso ripresi dal Comitato nazionale per la bioetica (CNB) nel documento del 2003 intitolato « Dichiarazioni anticipate di trattamento ».

In questo documento, il CNB, riprendendo la Convenzione di Oviedo e le norme di deontologia medica, ribadisce che mediante le DAT non si intende in alcun modo riconoscere al paziente — una volta divenuto incapace — il diritto all'eutanasia. La funzione giuridica delle DAT è

invece quella di garantire al malato esclusivamente l'esercizio della libertà di decidere circa quei trattamenti sanitari che, se fosse capace, avrebbe il diritto morale e giuridico di scegliere. Ne consegue che l'alimentazione e l'idratazione artificiali non possono essere oggetto di DAT, trattandosi di atti eticamente e deontologicamente dovuti, in quanto forme di sostegno vitale, necessari e fisiologicamente indirizzati ad alleviare le sofferenze del soggetto in stato terminale e la cui sospensione configurerebbe un'ipotesi di eutanasia passiva.

Inoltre è opportuno specificare ancora una volta che una legge che voglia disciplinare in maniera esauriente le DAT deve prendere in considerazione la distanza psicologica e temporale tra il momento in cui il soggetto esprime la sua volontà circa i trattamenti sanitari ai quali vorrà essere sottoposto nella fase di fine vita e il momento in cui realmente saranno attuati.

Non è superfluo notare la difficoltà di dar attuazione a decisioni assunte ora per allora, considerato che la visione della vita potrebbe mutare a seconda che il soggetto goda o no di ottima salute fisica e psichica allorché esprime la sua volontà. Né va tralasciato che dal momento della redazione delle DAT possono essere intervenuti nuovi progressi scientifici che renderebbero inattuali i desideri precedentemente manifestati dal paziente. Per queste ragioni, il CNB ha sottolineato che il carattere non assolutamente vincolante, ma non per questo meramente orientativo delle DAT non viola in nessun modo l'autonomia del soggetto, presumendo che nessun paziente si priverebbe della possibilità di beneficiare di quei trattamenti che si renderebbero disponibili in un periodo successivo alla manifestazione della sua volontà. Ed è esattamente in questo ambito che deve essere inquadrato il ruolo del medico, che non deve limitarsi a eseguire meccanicamente, come un burocrate, i desideri del paziente, ma ha l'obbligo morale di valutarne l'attualità in relazione alla situazione clinica e ai nuovi sviluppi scientifici. Un'interpretazione conforme al citato articolo 9 della Convenzione di

Oviedo, così come chiarito dal punto 62 del rapporto esplicativo della medesima Convenzione, il quale afferma che « i desideri manifestati precedentemente dal paziente devono essere tenuti in considerazione, ma se sono stati espressi molto tempo prima dell'intervento e la scienza ha da allora fatto progressi, potrebbero esserci le basi per non essere presi in considerazione dal medico. Il medico dovrebbe, per quanto possibile, essere convinto che i desideri del malato si applicano alla situazione presente e sono ancora validi ». È opportuno allora che le DAT prevedano anche la presenza di una persona di fiducia che nella fase attuativa sappia valutare, insieme al medico, la volontà del malato impossibilitato a esprimersi, attualizzando i desideri alla luce dei mutamenti intervenuti.

Ciò a cui si deve mirare è un'alleanza terapeutica tra medico e paziente, in cui il malato sia considerato come un soggetto attivo e responsabile del trattamento terapeutico, rispettando la sua libertà decisionale, senza dimenticare i rischi insiti nell'esaltazione acritica dell'autonomia dell'individuo, mentre al medico è richiesto di mirare sempre al bene vero del paziente, ricordando che ogni malato porta con sé un valore incondizionato, fondamento di ogni agire medico.

All'articolo 1 della proposta di legge si delineano in maniera chiara le finalità della legge, che vuole garantire l'inviolabilità e l'indisponibilità della vita umana, nonché la tutela della salute, come fondamentale diritto del cittadino e della collettività, assicurando la partecipazione del paziente all'identificazione delle cure mediche nell'ambito dell'alleanza terapeutica tra medico e paziente. Si precisa, infatti, il divieto di ogni forma di eutanasia attiva e di suicidio assistito, nonché il divieto di forme di accanimento terapeutico. All'articolo 2 si disciplina il consenso informato, prevedendo che il dichiarante debba essere informato in maniera completa e comprensibile su diagnosi, prognosi, natura, rischi e benefici del trattamento proposto. Il consenso può essere sempre revocato, anche solo parzialmente.

Agli articoli 3 e 4 sono, inoltre, disciplinati i contenuti e i limiti delle DAT, attraverso le quali il dichiarante esprime il proprio orientamento circa i trattamenti medico-sanitari e di fine vita, in previsione di una futura perdita della capacità di intendere e di volere. Si specifica, quindi, che l'idratazione e l'alimentazione artificiali, in quanto forme di sostegno vitale, non possono formare oggetto di DAT. La DAT acquista efficacia dal momento in cui il paziente in stato neurovegetativo sia incapace di intendere e di volere. La valutazione dello stato clinico spetta a un collegio formato da medici specialisti, sentiti il medico curante e il medico specialista della patologia. La DAT deve essere redatta in forma scritta da una persona maggiorenne, in piena capacità di intendere e di volere e accolta da un notaio a titolo gratuito. La DAT, sempre revocabile e modificabile, ha validità di cinque anni, termine oltre il quale perde ogni efficacia. L'articolo 5 prevede l'adozione di linee guida da parte del Ministro della salute per l'assistenza ai soggetti in stato vegetativo permanente.

Gli articoli 6 e 7 definiscono la nomina di un fiduciario che, in collaborazione con il medico curante, si impegna a fare sì che si tenga conto delle DAT sottoscritte dal paziente. Si garantisce al medico la possibilità di disattendere le DAT, sentito il fiduciario, qualora non siano più corrispondenti agli sviluppi delle conoscenze tecnico-scientifiche e terapeutiche, motivando la decisione nella cartella clinica. Si stabilisce, inoltre, che nel caso di controversia tra il fiduciario e il medico curante, la questione sia sottoposta alla valutazione di un collegio di medici. Tale parere non è vincolante per il medico curante, il quale non sarà tenuto a porre in essere personalmente prestazioni contrarie alle sue convinzioni di carattere scientifico e deontologico.

Agli articoli 8 e 9 si disciplina l'ipotesi di contrasto tra soggetti parimenti legittimati a esprimere il consenso al trattamento sanitario, stabilendo che la decisione è assunta dal giudice tutelare. Nelle disposizioni finali è prevista l'istituzione del Registro delle DAT nell'ambito di un archivio unico nazionale informatico.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Tutela della vita e della salute).

1. La presente legge, tenendo conto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione:

a) riconosce e tutela la vita umana, quale diritto inviolabile e indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell'esistenza e nell'ipotesi in cui la persona non sia più in grado di intendere e di volere, fino alla morte accertata nei modi previsti dalla legge;

b) riconosce e garantisce la dignità di ogni persona e in via prioritaria rispetto all'interesse della società e alle applicazioni della tecnologia e della scienza;

c) vieta, ai sensi degli articoli 575, 579 e 580 del codice penale, ogni forma di eutanasia e ogni forma di assistenza o di aiuto al suicidio, considerando l'attività medica e di assistenza alle persone esclusivamente finalizzata alla tutela della vita e della salute nonché all'alleviamento della sofferenza;

d) impone al medico l'obbligo di informare il paziente sui trattamenti sanitari più appropriati, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 2, comma 4, riconoscendo come prioritaria l'alleanza terapeutica tra il medico e il paziente, che acquista valore peculiare nella fase di fine vita;

e) riconosce che nessun trattamento sanitario può essere attivato a prescindere dall'espressione del consenso informato ai sensi dell'articolo 2, fermo restando il principio per cui la salute deve essere tutelata come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per

disposizione di legge e con i limiti imposti dal rispetto della persona umana;

f) garantisce che nei riguardi dei pazienti in stato di fine vita o di morte imminente il medico debba astenersi da trattamenti straordinari non proporzionati, non efficaci o non tecnicamente adeguati rispetto alle condizioni cliniche del paziente o agli obiettivi di cura.

2. La presente legge garantisce politiche sociali ed economiche volte alla presa in carico del paziente e in particolare dei soggetti incapaci di intendere e di volere e della loro famiglia.

ART. 2.

(Consenso informato).

1. Fatti salvi i casi previsti dalla legge, ogni trattamento sanitario è attivato previo consenso informato esplicito e attuale del paziente prestato in modo libero e consapevole.

2. L'espressione del consenso informato è preceduta da corrette informazioni rese dal medico curante al paziente in maniera comprensibile circa diagnosi, prognosi, scopo e natura del trattamento sanitario proposto, benefici e rischi prospettabili ed eventuali effetti collaterali nonché circa le possibili alternative e le conseguenze del rifiuto del trattamento.

3. L'alleanza terapeutica costituitasi all'interno della relazione tra medico e paziente ai sensi del comma 2 si esplicita in un documento di consenso informato, firmato dal paziente, che diventa parte integrante della cartella clinica.

4. È fatto salvo il diritto del paziente di rifiutare in tutto o in parte le informazioni che gli competono. Il rifiuto può intervenire in qualunque momento e deve essere esplicitato in un documento sottoscritto dal soggetto interessato.

5. Il consenso informato al trattamento sanitario può essere sempre revocato, anche parzialmente.

6. Per la persona interdetta, il consenso informato è prestato dal tutore che sot-

toscrive il documento. Per la persona inabilitata o per il minore emancipato, il consenso informato è prestato congiuntamente dal soggetto interessato e dal curatore. Qualora sia stato nominato un amministratore di sostegno e il decreto di nomina preveda l'assistenza o la rappresentanza in ordine alle situazioni di carattere sanitario, il consenso informato è prestato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo dall'amministratore. La decisione di tali soggetti riguarda anche quanto previsto dall'articolo 3 ed è adottata avendo come scopo esclusivo la salvaguardia della salute dell'incapace.

7. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o la tutela dopo aver attentamente ascoltato i desideri e le richieste del minore. La decisione di tali soggetti riguarda anche quanto previsto dall'articolo 3 ed è adottata avendo come scopo esclusivo la salvaguardia della salute psico-fisica del minore.

8. Qualora il soggetto sia minore o legalmente incapace o incapace di intendere e di volere e l'urgenza della situazione non consenta di acquisire il consenso informato come indicato dal presente articolo, il medico agisce in scienza e coscienza, conformemente ai principi della deontologia medica nonché della presente legge.

9. Il consenso informato al trattamento sanitario non è richiesto quando la vita della persona incapace di intendere o di volere è in pericolo per il verificarsi di un evento acuto.

ART. 3.

(Contenuti e limiti della dichiarazione anticipata di trattamento).

1. Nella dichiarazione anticipata di trattamento il dichiarante esprime il proprio orientamento in merito ai trattamenti sanitari in previsione di un'eventuale futura perdita della propria capacità di intendere e di volere. Nel caso in cui il paziente abbia

sottoscritto una dichiarazione anticipata di trattamento, è esclusa la possibilità per qualsiasi persona terza, ad esclusione dell'eventuale fiduciario, di provvedere alle funzioni di cui all'articolo 6.

2. Nella dichiarazione anticipata di trattamento il soggetto, in stato di piena capacità di intendere e di volere e in situazione di compiuta informazione medico-clinica, dichiara il proprio orientamento circa l'attivazione o la non attivazione di trattamenti sanitari, purché in conformità a quanto prescritto dalla legge e dal codice di deontologia medica.

3. Nella dichiarazione anticipata di trattamento può essere esplicitata la rinuncia da parte del soggetto ad ogni o ad alcune forme particolari di trattamenti sanitari in quanto di carattere sproporzionato o sperimentale.

4. Nella dichiarazione anticipata di trattamento il soggetto non può inserire indicazioni che integrino le fattispecie di cui agli articoli 575, 579 e 580 del codice penale.

5. Nel rispetto della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006, resa esecutiva dalla legge 3 marzo 2009, n. 18, l'alimentazione e l'idratazione, nelle diverse forme in cui la scienza e la tecnica possono fornirle al paziente, sono forme di sostegno delle funzioni vitali e fisiologicamente finalizzate ad alleviare le sofferenze fino alla fine della vita. Esse non possono formare oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento.

6. La dichiarazione anticipata di trattamento assume rilievo nel momento in cui è accertato che il soggetto in stato vegetativo non è più in grado di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze e che per tale motivo non può assumere decisioni che lo riguardano. La valutazione dello stato clinico è formulata da un collegio medico formato da un medico legale, un anestesista rianimatore e un neurologo, sentiti il medico curante e il medico specialista della patologia. Tali medici, ad eccezione del medico curante, sono designati dalla direzione sanitaria della strut-

tura di ricovero o dell'azienda sanitaria locale di competenza.

ART. 4.

(Forma e durata della dichiarazione anticipata di trattamento).

1. Le dichiarazioni anticipate di trattamento non sono obbligatorie, sono redatte in forma scritta con atto avente data certa e firma del soggetto interessato maggiorenni, in piena capacità di intendere e di volere dopo una compiuta e puntuale informazione medico-clinica, e sono raccolte esclusivamente dal medico di medicina generale che contestualmente le sottoscrive.

2. Le dichiarazioni anticipate di trattamento, manoscritte o dattiloscritte, devono essere adottate in piena libertà e consapevolezza, nonché sottoscritte con firma autografa.

3. Salvo che il soggetto sia divenuto incapace, la dichiarazione anticipata di trattamento ha validità per cinque anni, che decorrono dalla redazione dell'atto ai sensi del comma 1, termine oltre il quale perde ogni efficacia. La dichiarazione anticipata di trattamento può essere rinnovata più volte, con la forma e le modalità prescritte dai commi 1 e 2.

4. La dichiarazione anticipata di trattamento può essere revocata o modificata in ogni momento dal soggetto interessato. La revoca, anche parziale, della dichiarazione deve essere sottoscritta dal soggetto interessato.

5. La dichiarazione anticipata di trattamento deve essere inserita nella cartella clinica dal momento in cui assume rilievo dal punto di vista clinico.

6. In condizioni di urgenza o quando il soggetto versa in pericolo di vita immediato, la dichiarazione anticipata di trattamento non si applica.

ART. 5.

(Assistenza ai soggetti in stato vegetativo).

1. Il 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, adotta le linee guida cui le regioni si conformano nell'assicurare l'assistenza domiciliare ai soggetti in stato vegetativo permanente.

ART. 6.

(Fiduciario).

1. Nella dichiarazione anticipata di trattamento il dichiarante può nominare un fiduciario maggiorenne, capace di intendere e di volere, il quale accetta la nomina sottoscrivendo la dichiarazione.

2. Il fiduciario, se nominato, è l'unico soggetto legalmente autorizzato a interagire con il medico e si impegna ad agire nell'esclusivo e migliore interesse del paziente, operando sempre e solo secondo le intenzioni legittimamente esplicitate dal soggetto nella dichiarazione anticipata di trattamento.

3. Il fiduciario, se nominato, si impegna a vigilare perché al paziente siano somministrate le migliori terapie palliative disponibili, evitando che si creino situazioni di accanimento terapeutico o di abbandono terapeutico.

4. Il fiduciario, se nominato, si impegna a verificare attentamente che non si determinino a carico del paziente situazioni che integrino le fattispecie di cui agli articoli 575, 579 e 580 del codice penale.

5. Il fiduciario può rinunciare per scritto all'incarico, comunicandolo al dichiarante o, qualora quest'ultimo sia incapace di intendere e di volere, al medico responsabile del trattamento sanitario.

ART. 7.

(Ruolo del medico).

1. Le volontà espresse dal soggetto nella sua dichiarazione anticipata di trattamento sono prese in considerazione dal medico curante che, sentito il fiduciario, se nominato, annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene di seguirle o no.

2. Il medico non può prendere in considerazione dichiarazioni anticipate di

trattamento orientate a cagionare la morte del paziente o comunque in contrasto con le norme giuridiche o con la deontologia medica. Le dichiarazioni sono valutate dal medico sentito il fiduciario se nominato, in scienza e coscienza, in applicazione del principio dell'inviolabilità della vita umana e della tutela della salute, secondo i principi di precauzione, proporzionalità e prudenza.

3. Nel caso di controversia tra il fiduciario e il medico curante, la questione è sottoposta alla valutazione di un collegio medico composto da un medico legale, un anestesista rianimatore e un neurologo, sentiti il medico curante e il medico specialista della patologia. Tali medici, ad eccezione del medico curante, sono designati dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero o dell'azienda sanitaria locale di competenza. Il parere espresso dal collegio non è vincolante per il medico curante, il quale non è tenuto a porre in essere prestazioni contrarie alle sue convinzioni di carattere scientifico e deontologico.

ART. 8.

(Autorizzazione giudiziaria).

1. In assenza del fiduciario, in caso di contrasto tra soggetti parimenti legittimati a esprimere il consenso al trattamento sanitario, la decisione è autorizzata dal giudice tutelare, su parere del collegio medico di cui all'articolo 7, comma 3, o, in caso di urgenza, sentito il medico curante.

2. L'autorizzazione giudiziaria è necessaria anche in caso di inadempimento o di inerzia da parte dei soggetti legittimati a esprimere il consenso al trattamento sanitario.

3. Nei casi di cui ai commi 1 e 2, il medico è tenuto a dare immediata segnalazione al pubblico ministero.

ART. 9.

(Disposizioni finali).

1. È istituito il Registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento nell'ambito di un archivio unico nazionale informa-

tico. Il titolare del trattamento dei dati contenuti nell'archivio è il Ministero della salute.

2. Con regolamento da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, stabilisce le regole tecniche e le modalità di accesso, di tenuta e di consultazione del Registro di cui al comma 1. Il decreto stabilisce altresì i termini e le forme con i quali i soggetti possono redigere le dichiarazioni anticipate di trattamento presso il medico di medicina generale e registrarle presso uffici dedicati presso le aziende sanitarie locali, le modalità di conservazione delle dichiarazioni anticipate di trattamento presso le aziende sanitarie locali e le modalità di trasmissione telematica al Registro di cui al comma 1.

3. La dichiarazione anticipata di trattamento, le copie della stessa, le formalità, le certificazioni e qualsiasi altro documento cartaceo elettronico a esse connesso e da esse dipendente non sono soggetti all'obbligo di registrazione e sono esenti dall'imposta di bollo e da qualunque altro tributo.

4. Dal presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. All'attuazione del medesimo si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

