

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 3586

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

FUCCI, CIRACÌ, DISTASO

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

Presentata il 4 febbraio 2016

ONOREVOLI COLLEGHI! — Da ormai molti anni è in atto un intenso e sentito dibattito all'interno della società italiana, del mondo medico-scientifico, del mondo associazionistico e del Parlamento sul grande tema, che riguarda in primo luogo la libertà di coscienza di ogni cittadino, del diritto alla vita e del modo in cui lo Stato possa o debba intervenire sul piano normativo in materia di fine vita, soprattutto quando a essere direttamente interessate siano persone che non sono purtroppo in grado di badare a se stesse e non hanno più la possibilità di esprimere le proprie volontà. Il caso più evidente riguarda coloro che, come avvenuto nella dolorosa vicenda di Eluana Englaro, si trovano in stato vegetativo permanente.

Sullo sfondo di questo ampio dibattito vi sono una serie di domande assolutamente centrali e delicate che, in definitiva, da sempre assillano la coscienza umana e impegnano la religione, la filosofia, la sociologia e la medicina: qual è lo *standard* minimo in tema di tutela della vita e di rispetto della volontà di persone che chiedono ai loro cari di staccare la spina qualora rimanessero in coma? Come conciliare l'inviolabilità della vita umana con la possibilità contemplata dall'articolo 32 della Costituzione, per ogni cittadino capace di intendere e di volere, di respingere forme di accanimento terapeutico?

Si tratta di interrogativi di enorme portata etica, morale e — per chi professa un credo — religiosa; ma si tratta anche di

interrogativi che investono direttamente il ruolo dello Stato e il suo rapporto con la vita dei suoi cittadini, e rispetto ai quali le sensibilità presenti nella società italiana sono ovviamente le più varie. Inevitabilmente il punto di vista di chi ha un proprio caro in stato di coma irreversibile non può essere lo stesso di un osservatore esterno.

Il dovere del legislatore di normare il fine vita.

Allo stesso tempo, però, dobbiamo pensare ognuno con la propria testa ed essere consapevoli che la difficoltà delle citate domande sul confine tra eutanasia e non accanimento terapeutico non può essere un alibi perché il legislatore non assolva al proprio compito di dettare regole chiare e certe in modo da riempire quel pericoloso vuoto normativo nel cui ambito, per esempio, si sviluppò la tragica vicenda Englaro.

I parlamentari possono e, secondo il presentatore della presente proposta di legge, hanno il dovere di affermare quelli che sono i propri « valori non negoziabili » in materia di fine vita.

L'obiettivo della presente proposta di legge è quello di affermare il principio per il quale il rispetto della volontà individuale non deve mai sovrastare il principio della tutela dell'inviolabilità della vita, che è superiore a qualunque altro. In tale contesto, nella presente proposta di legge si affermano i seguenti principi cardine sui quali si sviluppa l'articolo.

Nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione — che recita « Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana » — quello al non accanimento terapeutico è un diritto intangibile; allo stesso tempo non si può dimenticare che compito della medicina è quello di fare il possibile per salvare vite umane. A tale fine la dichiarazione anticipata di trattamento deve avere contenuti e limiti ben stabiliti, peraltro in continuità con

orientamenti di primaria importanza di livello sia internazionale che nazionale richiamati nell'articolo.

La rinuncia all'accanimento terapeutico o la volontà di prendere provvedimenti per calmare i dolori (medicina palliativa) sono scelte fondamentali strettamente connesse al principio del cosiddetto consenso informato.

Il non accanimento terapeutico è cosa ben diversa dall'eutanasia, che non può essere in alcun modo accettata e deve anzi essere punita sul piano penale.

Idratazione e alimentazione, pur se somministrate per via artificiale a persone purtroppo non più in grado di provvedere a se stesse, non possono e non potranno mai essere considerate come forme di accanimento terapeutico.

L'importanza della collaborazione, in un clima di serenità e di fiducia, tra il medico e il fiduciario — la cui figura è regolata nell'articolo — è fondamentale nell'ambito della cosiddetta alleanza terapeutica.

La professionalità dei medici deve essere salvaguardata ed essi, che devono agire in scienza e in coscienza, non possono essere visti come meri « esecutori » di una volontà loro imposta.

Dichiarazione anticipata di trattamento, idratazione e alimentazione, eutanasia, alleanza terapeutica e ruolo del fiduciario.

In attuazione dei principi fondamentali elencati, la presente proposta di legge prevede una serie di disposizioni che riguardano:

1) la dichiarazione anticipata di trattamento. L'articolo 9 della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997 e resa esecutiva dalla legge n. 145 del 2001, stabilisce che nel caso in cui il paziente non sia in grado di esprimere i propri desideri si debba tenere conto di quelli espressi precedentemente. Un principio già recepito dal codice di deontologia medica italiano, il quale precisa, all'articolo 17,

che il medico, anche se su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte. Tali riferimenti sono stati ripresi dal Comitato nazionale per la bioetica nel documento del 2003 intitolato « Dichiarazioni anticipate di trattamento ». La presente proposta di legge ha questi come riferimenti imprescindibili al fine di regolare i contenuti e i limiti delle dichiarazioni anticipate di trattamento;

2) il consenso informato. La rinuncia all'accanimento terapeutico o la volontà di prendere provvedimenti per calmare i dolori (medicina palliativa) sono scelte fondamentali strettamente connesse al principio del cosiddetto consenso informato, che significa poter ottenere informazioni, poter decidere, poter rimanere in contatto con persone care, avere il tempo per riflettere e per chiarire delle questioni, congedarsi dai cari e accettare la propria morte. Questo si rivela spesso come un processo difficile. La preparazione alla morte può essere ostacolata da forti dolori e da sintomi fisici atroci, come anche da una terapia massiva per attenuare i dolori. La terapia del dolore, la medicina palliativa, il lavoro dell'ospizio, le misure di cura, l'accompagnamento umano e spirituale contribuiscono a trovare con sensibilità e rispetto per la persona in fin di vita quell'equilibrio che fa vivere anche l'ultimo percorso di vita sensatamente e con dignità umana;

3) l'idratazione e l'alimentazione. Esse sono le più ovvie forme di sostegno vitale e questo rappresenta, nel contesto della presente proposta di legge, un punto fermo. Durante la XVI legislatura, quando fu discussa – purtroppo senza un esito finale – sia al Senato della Repubblica che alla Camera dei deputati la proposta di legge recante: « Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento » (atto Camera n. 2350), proprio quello dell'idratazione e dell'alimentazione fu un tema centrale del dibattito parlamentare. L'articolo 3

del testo approvato dalla Camera dei deputati in seconda lettura affermava chiaramente, al comma 5, che « alimentazione e idratazione, nelle diverse forme in cui la scienza e la tecnica possono fornirle al paziente, devono essere mantenute fino al termine della vita, ad eccezione del caso in cui le medesime risultino non più efficaci nel fornire al paziente i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo. Esse non possono formare oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento ». Tale formulazione, frutto di un confronto parlamentare attento e approfondito durato, solo alla Camera dei deputati, circa un anno e mezzo, viene ripresa dalla presente proposta di legge;

4) l'eutanasia. L'eutanasia attiva deve essere chiaramente distinta dalla volontà di chi decida, attraverso la dichiarazione anticipata di volontà, di stabilire di non voler essere sottoposto a forme di accanimento terapeutico in presenza di circostanze che rendano impossibile la guarigione o la possibilità di vivere in modo ritenuto dignitoso dal singolo individuo. L'eutanasia è l'uccisione mirata di una persona, per esempio tramite la somministrazione di un preparato che provoca la morte (come una pastiglia, un'iniezione o un'infusione). L'uccisione di persone gravemente malate e moribonde, a determinate condizioni, è stata ormai legalizzata in alcuni Paesi. La presente proposta di legge riafferma che l'eutanasia è vietata ed è perseguita penalmente, anche quando essa avvenga dietro esplicito consenso del paziente;

5) l'alleanza terapeutica. La presente proposta di legge afferma che le indicazioni contenute nella dichiarazione anticipata di trattamento sono prese in considerazione dal medico, sentito il fiduciario, in scienza e in coscienza, in applicazione del principio dell'invulnerabilità della vita umana e della tutela della salute, nonché dei principi di precauzione, proporzionalità e prudenza. È importante – e non solo dal punto di vista formale – che

una legge sulla « fine della vita » affermi, pur nel pieno rispetto del diritto al rifiuto dell'accanimento terapeutico, che è tutelato dall'articolo 32 della Costituzione, il fatto che, al di là di tutto, compito della medicina è quello di fare il possibile per salvare vite umane;

6) il ruolo del fiduciario. Come insegnato ancora una volta dalla vicenda En-

glaro, quando il fiduciario (il padre della giovane) si basò su di un consenso che si presumeva esistente in base allo stile di vita tenuto dalla giovane Eluana, senza però che ci fosse un documento scritto che certificasse in modo inoppugnabile la volontà espressa di Eluana, è necessario stabilire un quadro normativo di riferimento chiaro e inequivocabile.

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 di legge;

b) riconosce e garantisce la dignità di ogni persona 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 quella di assistenza alle persone esclusivamente finalizzate alla tutela della vita e della salute nonché all'alleviamento della sofferenza;

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

e) riconosce che nessun trattamento sanitario può essere attivato a prescindere dall'espressione del consenso informato nei termini di cui all'articolo 2, fermo restando il principio per cui la salute deve essere tutelata come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e nessuno può essere obbligato a un deter-

minato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge e con i limiti imposti dal rispetto della persona umana;

f) garantisce che in caso di paziente in stato di fine vita o in condizioni di morte prevista come 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, nell'ambito degli interventi già previsti a legislazione vigente, politiche sociali ed economiche volte alla presa in carico del paziente, in particolare dei soggetti incapaci di intendere e di volere, siano essi cittadini italiani, stranieri o apolidi, e della loro famiglia.

3. I pazienti terminali o in condizioni di morte prevista come imminente hanno diritto a essere assistiti mediante un'adeguata terapia contro il dolore secondo quanto previsto dai protocolli delle cure palliative, ai sensi della normativa vigente in materia.

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, 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, fir-

mato 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 che diventa parte integrante della cartella clinica.

5. Il consenso informato al trattamento sanitario può essere sempre revocato, anche parzialmente. Tale revoca deve essere annotata nella cartella clinica.

6. In caso di soggetto interdetto, il consenso informato è prestato dal tutore che sottoscrive il documento. In caso di soggetto inabilitato o di 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 e della vita del soggetto incapace.

7. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o la tutela dopo avere 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. Per tutti i soggetti minori, interdetti, inabilitati o altrimenti incapaci il personale sanitario è comunque tenuto, in assenza di una dichiarazione anticipata di trattamento, a operare avendo sempre come scopo esclusivo la salvaguardia della salute del paziente.

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

una grave complicanza o 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, a 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 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 anche essere esplicitata la rinuncia da parte del soggetto a 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. Anche 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, alimentazione e idratazione, nelle diverse forme in cui la scienza e la tecnica possono fornirle al paziente, devono essere mantenute fino al termine della vita, ad eccezione del caso in cui le medesime risultino non più efficaci nel fornire al paziente i fattori nutrizionali

necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo. 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 per questo 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, a eccezione del medico curante, sono designati dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero o dell'azienda sanitaria locale di competenza, accertato che il soggetto si trovi nell'incapacità permanente di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze e, per questo motivo, non possa assumere decisioni che lo riguardano. La valutazione dello stato clinico del soggetto è formulata da un collegio medico formato, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, da un anestesista-rianimatore, da un neurologo, dal medico curante e dal medico specialista nella patologia da cui è affetto il paziente.

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 maggiorenne, 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, de-

vono essere adottate in piena libertà e consapevolezza, nonché sottoscritte con firma autografa. Eventuali dichiarazioni di intenti ad orientamenti espressi dal soggetto al di fuori delle forme e dei modi previsti dalla presente legge non hanno valore e non possono essere utilizzati ai fini della ricostruzione della volontà del soggetto.

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. Al fine di garantire e di assicurare l'equità nell'accesso all'assistenza e la qualità delle cure, l'assistenza ai soggetti in stato vegetativo rappresenta livello essenziale di assistenza secondo le modalità previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002. L'assistenza sanitaria alle persone in stato vegetativo o aventi altre forme neurologiche correlate è assicurata attraverso prestazioni ospedaliere, residenziali e domiciliari secondo le modalità previste dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri. L'assistenza domiciliare, di

norma, è garantita dall'azienda sanitaria locale competente della regione nel cui territorio si trova il soggetto in stato vegetativo.

2. 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, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, adotta linee guida cui le regioni si conformano nell'assicurare l'assistenza ospedaliera, residenziale e domiciliare per i soggetti in stato vegetativo.

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 miglior interesse del paziente, operando sempre e solo secondo le intenzioni legittimamente esplicitate dal soggetto nella dichiarazione anticipata.

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

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

5. In assenza di nomina del fiduciario, i compiti previsti dai commi 2, 3 e 4 sono adempiuti dai familiari indicati dal libro secondo, titolo II, capi I e II, del codice civile.

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, annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene di seguirle o no.

2. Il medico non può prendere in considerazione indicazioni orientate a cagionare la morte del paziente o comunque in contrasto con le norme giuridiche o la deontologia medica. Le indicazioni sono valutate dal medico, sentito il fiduciario, in scienza e in coscienza, in applicazione del principio dell'inviolabilità della vita umana e della tutela della salute, nonché dei principi di precauzione, proporzionalità e prudenza.

3. In caso di controversia tra il fiduciario e il medico curante, la questione è sottoposta alla valutazione di un collegio di medici, designato dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero o dell'azienda sanitaria di competenza, composto da un medico legale, due medici specialisti nella patologia o infermità da cui il paziente è affetto e un anestesista-rianimatore. Tale collegio è tenuto a sentire il medico curante. Resta comunque sempre valido il principio dell'inviolabilità e dell'indisponibilità della vita umana. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

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, 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 informatico. Il titolare del trattamento dei dati 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 entro i quali i soggetti che possono redigere le dichiarazioni anticipate di trattamento presso il medico di medicina generale e registrarle 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. Le informazioni sulla possibilità di rendere la dichiarazione anticipata di trattamento sono rese disponibili anche attraverso il sito *internet* istituzionale del Ministero della salute.

3. La dichiarazione anticipata di trattamento, le copie della stessa, le formalità, le certificazioni e qualsiasi altro documento cartaceo o 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 già previste a legislazione vigente.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

€ 1,00



17PDL0039120