

782.

Allegato A

## DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

### INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Comunicazioni</b> .....	3	Atti di controllo e di indirizzo .....	13
Missioni vevoli nella seduta del 20 aprile 2017 .....	3	Risposte scritte ad interrogazioni (Annunzio) .	13
Progetti di legge (Annunzio; Adesione di deputati a proposte di legge; Ritiro di proposte di legge; Trasmissioni dal Senato; Assegnazione a Commissioni in sede referente) .....	3, 4	<i>ERRATA CORRIGE</i> .....	13
Sottosegretaria di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri (Trasmissione di un documento) .....	5	<b>Testo unificato delle proposte di legge nn. 1142-1298-1432-2229-2264-2996-3391-3561-3584-3586-3596-3599-3630-3723-3730-3970-A</b> .....	14
Corte costituzionale (Annunzio di sentenze) ...	6	Parere della I Commissione .....	14
Documento ministeriale (Trasmissione) .....	11	Articolo 3 e relative proposte emendative .....	14
Parlamento europeo (Annunzio di risoluzioni) .....	11	Articolo 4 e relative proposte emendative .....	37
Progetti di atti dell'Unione europea (Annunzio) .....	13	Articolo 5 e relative proposte emendative .....	42
		Articolo 6 e relative proposte emendative .....	44
		Ordini del giorno .....	45

**N. B. Questo allegato reca i documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula.**

PAGINA BIANCA

**COMUNICAZIONI****Missioni valedoli nella seduta  
del 20 aprile 2017.**

Adornato, Angelino Alfano, Gioacchino Alfano, Alfreider, Alli, Amendola, Amici, Amoddio, Artini, Baldelli, Baretta, Bellanova, Bernardo, Dorina Bianchi, Bindi, Biondelli, Bobba, Bocci, Bonafede, Bonifazi, Michele Bordo, Borletti Dell'Acqua, Boschi, Matteo Bragantini, Brambilla, Bratti, Bressa, Brunetta, Bueno, Caparini, Capelli, Casero, Castiglione, Catania, Causin, Antimo Cesaro, Cicchitto, Colonnese, Coppola, Costa, D'Alia, Dambruso, Damiano, De Menech, De Micheli, Del Basso De Caro, Dellai, Di Gioia, Epifani, Faraone, Ferranti, Fico, Fioroni, Gregorio Fontana, Fontanelli, Franceschini, Galati, Garofani, Gelli, Gentiloni Silveri, Giachetti, Giacomelli, Giancarlo Giorgetti, Giorgis, Gozi, Guerra, La Russa, Laforgia, Lauricella, Locatelli, Lorenzin, Losacco, Lotti, Lupi, Madia, Manciuilli, Marazziti, Marcon, Mazziotti Di Celso, Meta, Migliore, Mucci, Orlando, Pannarale, Pes, Piccoli Nardelli, Piepoli, Gianluca Pini, Pisicchio, Portas, Rampelli, Ravetto, Realacci, Francesco Saverio Romano, Rosato, Domenico Rossi, Rostan, Rughetti, Sanga, Sani, Scalfarotto, Scanu, Schullian, Sereni, Sottanelli, Tabacci, Terzoni, Valeria Valente, Velo.

*(Alla ripresa pomeridiana della seduta).*

Adornato, Angelino Alfano, Gioacchino Alfano, Alfreider, Alli, Amendola, Amici,

Amoddio, Artini, Baldelli, Baretta, Bellanova, Bernardo, Dorina Bianchi, Bindi, Biondelli, Bobba, Bocci, Boccia, Bonafede, Bonifazi, Michele Bordo, Borletti Dell'Acqua, Boschi, Matteo Bragantini, Brambilla, Bratti, Bressa, Brunetta, Bueno, Caparini, Capelli, Casero, Castiglione, Catania, Causin, Antimo Cesaro, Cicchitto, Colonnese, Coppola, Costa, D'Alia, Dambruso, Damiano, De Menech, De Micheli, Del Basso De Caro, Dellai, Di Gioia, Epifani, Faraone, Ferranti, Fico, Fioroni, Gregorio Fontana, Fontanelli, Fraccaro, Franceschini, Galati, Garofani, Gelli, Gentiloni Silveri, Giachetti, Giacomelli, Giancarlo Giorgetti, Giorgis, Gozi, Guerra, La Russa, Laforgia, Lauricella, Locatelli, Lorenzin, Losacco, Lotti, Lupi, Madia, Manciuilli, Marazziti, Marcon, Mazziotti Di Celso, Meta, Migliore, Mucci, Orlando, Pannarale, Pes, Piepoli, Gianluca Pini, Pisicchio, Portas, Rampelli, Ravetto, Realacci, Francesco Saverio Romano, Rosato, Domenico Rossi, Rostan, Rughetti, Sanga, Sani, Scalfarotto, Scanu, Schullian, Sereni, Sottanelli, Tabacci, Terzoni, Valeria Valente, Velo.

**Annunzio di proposte di legge.**

In data 19 aprile 2017 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

VARGIU e MATARRESE: « Disposizioni in materia di incompatibilità relative

alle cariche di presidente e componente del consiglio di amministrazione di banche e intermediari finanziari » (4434);

ARLOTTI ed altri: « Disposizioni in materia di turismo all'aria aperta e delega al Governo per la semplificazione della normativa sulla realizzazione di strutture ricettive all'aperto » (4435);

FREGOLENT: « Disciplina del contratto di "locazione turistica" e delega al Governo per l'introduzione di incentivi per la sua applicazione nonché per la valorizzazione turistica dei borghi storici, dei cammini storici e delle dimore e ville storiche » (4436);

VALIANTE: « Disposizioni in materia di controllo parlamentare sulle attività svolte dalla società CONSIP Spa per la stipulazione di convenzioni e contratti quadro per l'acquisto di beni e servizi per conto delle amministrazioni dello Stato » (4437);

PARIS ed altri: « Modifiche al decreto legislativo 26 marzo 2010, n. 59, e al decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 114, in materia di commercio sulle aree pubbliche » (4438).

Saranno stampate e distribuite.

#### **Adesione di deputati a proposte di legge.**

La proposta di legge GAGNARLI ed altri: « Divieto dell'utilizzazione di animali nei circhi, negli spettacoli e nelle mostre itineranti, nonché disposizioni concernenti l'erogazione dei contributi a sostegno delle imprese circensi » (1702) è stata successivamente sottoscritta dalla deputata Agostinelli.

La proposta di legge CIRIELLI e VITO: « Disposizioni concernenti la tutela assicurativa per infortuni e malattie del personale del comparto sicurezza e difesa » (4243) è stata successivamente sottoscritta dai deputati La Russa, Murgia, Nastri, Rizzetto e Totaro.

#### **Ritiro di proposte di legge.**

In data 19 aprile 2017 il deputato Arlotti ha comunicato, anche a nome dei cofirmatari, di ritirare la seguente proposta di legge:

ARLOTTI ed altri: « Disposizioni in materia di turismo all'aria aperta » (4271).

La proposta di legge sarà pertanto cancellata dall'ordine del giorno.

#### **Trasmissioni dal Senato.**

In data 19 aprile 2017 il Presidente del Senato ha trasmesso alla Presidenza la seguente proposta di legge:

S. 2473. — Senatori FALANGA ed altri: « Disposizioni sulla elezione dei componenti dei consigli degli ordini circondariali forensi » (*approvata dalla 2<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato*) (4439).

Sarà stampata e distribuita.

#### **Assegnazione di progetti di legge a Commissioni in sede referente.**

A norma del comma 1 dell'articolo 72 del Regolamento, i seguenti progetti di legge sono assegnati, in sede referente, alle sottoindicate Commissioni permanenti:

##### *I Commissione (Affari costituzionali):*

CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ECONOMIA E DEL LAVORO: « Riforma del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro » (4409) *Parere delle Commissioni II, V, X, XI, XII e della Commissione parlamentare per le questioni regionali;*

TURCO ed altri: « Disposizioni concernenti il funzionamento del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro » (4418) *Parere delle Commissioni II, V e XI.*

##### *II Commissione (Giustizia):*

DE LORENZIS: « Modifica all'articolo 1120 del codice civile, concernente la mag-

gioranza necessaria per deliberare la destinazione di spazi comuni condominiali a posteggio per le biciclette » (4405) *Parere delle Commissioni I, VIII e IX.*

*V Commissione (Bilancio):*

FRAGOMELI ed altri: « Modifica all'articolo 175 del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, in materia di applicazione dell'avanzo di amministrazione presunto alla copertura del fondo pluriennale vincolato da parte dei comuni con popolazione non superiore a 20.000 abitanti » (4393) *Parere delle Commissioni I e VIII.*

*VI Commissione (Finanze):*

BORGHESE e MERLO: « Introduzione dell'articolo 16-ter del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, in materia di credito d'imposta per la vendita di pacchetti turistici a turisti stranieri o italiani residenti all'estero » (4395) *Parere delle Commissioni I, V, X (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento), XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali;*

SIBILIA ed altri: « Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sul dissesto finanziario delle banche Monte dei Paschi di Siena Spa, Cassa di risparmio di Ferrara Spa, Banca delle Marche Spa, Banca popolare dell'Etruria e del Lazio – Società cooperativa, Cassa di risparmio della Provincia di Chieti Spa, Banca popolare di Vicenza, Veneto Banca e Banca Carige » (4428) *Parere delle Commissioni I, II (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per le disposizioni in materia di sanzioni) e V;*

VILLAROSA ed altri: « Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sul dissesto finanziario della banca Monte dei Paschi di Siena » (4429) *Parere delle Commissioni I, II (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per le disposizioni in materia di sanzioni) e V.*

*Commissioni riunite I (Affari costituzionali) e III (Affari Esteri):*

DURANTI ed altri: « Disposizioni per assicurare la conoscibilità degli atti internazionali stipulati dall'Italia » (4321) *Parere delle Commissioni II (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per le disposizioni in materia di sanzioni), IV e V.*

*Commissioni riunite I (Affari costituzionali) e VI (Finanze):*

FRAGOMELI ed altri: « Disposizioni concernenti la carta d'identità elettronica e l'accertamento dell'identità personale » (4400) *Parere delle Commissioni II, V e XIV.*

*Commissioni riunite II (Giustizia) e XI (Lavoro):*

ALTIERI ed altri: « Modifiche al codice penale, concernenti il delitto di intermediazione illecita e sfruttamento del lavoro, e altre disposizioni in materia di semplificazione della disciplina del lavoro agricolo » (4371) *Parere delle Commissioni I, V, X, XII, XIII (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento), XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

*Commissioni riunite XI (Lavoro) e XII (Affari sociali):*

DI VITA ed altri: « Disposizioni in materia di controllo e vigilanza negli asili nido, nelle scuole dell'infanzia e presso le strutture socio-assistenziali per anziani, persone disabili e minori in situazione di disagio nonché in materia di requisiti di idoneità psico-attitudinale del personale scolastico e sanitario » (4274) *Parere delle Commissioni I, II (ex articolo 73, comma 1-bis, del Regolamento, per le disposizioni in materia di sanzioni), III, V, VII, XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

#### **Trasmissione dalla Sottosegretaria di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri.**

La Sottosegretaria di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettera in data 18 aprile 2017, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 5 della legge 9 luglio 1990, n. 185, la relazione sulle operazioni

autorizzate e svolte per il controllo dell'esportazione, importazione e transito dei materiali di armamento, riferita all'anno 2016 (Doc. LXVII, n. 5).

Questa relazione è trasmessa alla III Commissione (Affari esteri), alla IV Commissione (Difesa) e alla X Commissione (Attività produttive).

### **Annuncio di sentenze della Corte costituzionale.**

La Corte costituzionale ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 30, secondo comma, della legge 11 marzo 1953, n.87, copia delle seguenti sentenze che, ai sensi dell'articolo 108, comma 1, del Regolamento, sono inviate alle sottoindicate Commissioni competenti per materia, nonché alla I Commissione (Affari costituzionali), se non già assegnate alla stessa in sede primaria:

in data 11 aprile 2017, Sentenza n. 66 del 21 marzo – 7 aprile 2017 (Doc. VII, n. 786), con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 2, della legge della Regione Piemonte 16 maggio 2016, n. 11 recante « Modifica alla legge regionale 14 maggio 1991, n. 21 (Norme per l'esercizio delle funzioni in materia farmaceutica) »;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 1, della legge della regione Piemonte n. 11 del 2016, promossa, in riferimento all'articolo 117, terzo comma, della Costituzione, dal Presidente del Consiglio dei ministri:

*alla XII Commissione (Affari sociali);*

in data 11 aprile 2017, Sentenza n. 67 del 7 marzo – 7 aprile 2017 (Doc. VII, n. 787), con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 2 della legge della Regione Veneto 12 aprile 2016, n. 12 (Modifica

della legge regionale 23 aprile 2004, n. 11 recante « Norme per il governo del territorio e in materia di paesaggio » e successive modificazioni), nella parte in cui, nell'introdurre nella legge regionale 23 aprile 2004, n. 11 (Norme per il governo del territorio e in materia di paesaggio), l'articolo 31-ter, al suo comma 3, dispone che « Nella convenzione può, altresì, essere previsto l'impegno ad utilizzare la lingua italiana per tutte le attività svolte nelle attrezzature di interesse comune per servizi religiosi, che non siano strettamente connesse alle pratiche rituali di culto »;

dichiara non fondata, nei termini di cui in motivazione, la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 2 della legge della Regione Veneto n. 12 del 2016, nella parte in cui introduce, nella legge regionale n. 11 del 2004, l'articolo 31-bis, promossa dal Presidente del Consiglio dei ministri, in riferimento agli artt. 3, 8 e 19 della Costituzione:

*alla I Commissione (Affari costituzionali);*

in data 12 aprile 2017, Sentenza n. 72 del 7 febbraio – 12 aprile 2017 (Doc. VII, n. 791), con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale degli artt. 2, comma 1, lettere a) e c), e 3 della legge della Regione Basilicata 26 novembre 2015, n. 53 (Disposizioni urgenti per l'applicazione dell'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161);

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 1, della legge della Regione Basilicata 4 agosto 2016, n. 17 (Modifiche a norme in materia di sanità), nella parte in cui dispone che « all'articolo 2, comma 1, della legge regionale 26 novembre 2015, n. 53, la data del "31 luglio 2016" è sostituita dalla data del "31 dicembre 2016" »:

*alla XI Commissione (Lavoro);*

in data 12 aprile 2017, Sentenza n. 73 del 22 febbraio – 12 aprile 2017 (Doc. VII, n. 792), con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale degli articoli 42 e 44, commi 1, 2 e 3, della

legge della Regione Basilicata 4 marzo 2016, n. 5 (Collegato alla Legge di stabilità regionale 2016);

dichiara l'illegittimità costituzionale del comma 4 dell'articolo 20 della legge della Regione Basilicata 8 agosto 2012, n. 16 (Assestamento del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2012 e del bilancio pluriennale per il triennio 2012/2014), come sostituito dall'articolo 63, comma 1, della legge della Regione Basilicata n. 5 del 2016, limitatamente alle parole « al netto della spesa per il personale del sistema dell'emergenza urgenza 118 e dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture non ancora strutturata alla data del 31 dicembre 2004 »:

*alle Commissioni riunite V (Bilancio) e VIII (Ambiente);*

in data 12 aprile 2017, Sentenza n. 74 del 22 febbraio – 12 aprile 2017 (Doc. VII, n. 793), con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 4 della legge della Regione Abruzzo 13 aprile 2016, n. 11 (Modifiche alle leggi regionali 25/2011, 5/2015, 38/1996 e 9/2011):

*alla XIII Commissione (Agricoltura);*

in data 12 aprile 2017, Sentenza n. 75 del 21 marzo – 12 aprile 2017 (Doc. VII, n. 794), con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 49 della legge 28 dicembre 2015, n. 221 (Disposizioni in materia ambientale per promuovere misure di green economy e per il contenimento dell'uso eccessivo di risorse naturali):

*alla VIII Commissione (Ambiente);*

in data 12 aprile 2017, Sentenza n. 76 dell'8 marzo – 12 aprile 2017 (Doc. VII, n. 795), con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 47-*quinquies*, comma 1-*bis*, della legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme

sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà), limitatamente alle parole "Salvo che nei confronti delle madri condannate per taluno dei delitti indicati nell'articolo 4-*bis*,":

*alla II Commissione (Giustizia);*

in data 14 aprile 2017, Sentenza n. 80 del 7 febbraio – 13 aprile 2017 (Doc. VII, n. 797), con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 2 della legge della Provincia autonoma di Bolzano 22 dicembre 2015, n. 17 (Ordinamento finanziario e contabile dei comuni e delle comunità comprensoriali), nella parte in cui non prevede che l'ordinamento finanziario e contabile degli enti locali provinciali e dei loro enti ed organismi strumentali è disciplinato dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42) e nella parte in cui non prevede che al legislatore provinciale rimane attribuita una competenza normativa che non sia in contrasto con le disposizioni della armonizzazione, del coordinamento nazionale della finanza pubblica, del rispetto dei vincoli europei e della salvaguardia degli equilibri di bilancio;

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 3, comma 1, della medesima legge provinciale n. 17 del 2015, limitatamente alle parole « o entro altro termine stabilito con accordo previsto dall'articolo 81 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670, e successive modifiche, e dall'articolo 18 del decreto legislativo 16 marzo 1992, n. 268, riferiti a un orizzonte temporale almeno triennale »;

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 4, comma 1, della medesima legge provinciale n. 17 del 2015, nella parte in cui dispone che ciascun ente

locale provinciale applica i principi contabili stabiliti “dalla presente legge” e nella parte in cui prevede “ferme restando le disposizioni previste dalla presente legge per assicurare l’unitarietà e l’uniformità del sistema finanziario e contabile »;

dichiara l’illegittimità costituzionale dell’articolo 4, comma 4, della medesima legge provinciale n. 17 del 2015;

dichiara l’illegittimità costituzionale dell’articolo 7, comma 4, della medesima legge provinciale n. 17 del 2015, limitatamente all’inciso « salvo le eccezioni previste dall’articolo 37, comma 1 »;

dichiara l’illegittimità costituzionale dell’articolo 8, comma 1, della medesima legge provinciale n. 17 del 2015, nella parte in cui prevede che il documento unico di programmazione sia presentato al Consiglio entro il 31 ottobre di ciascun anno per le conseguenti deliberazioni anziché entro il 31 luglio;

dichiara l’illegittimità costituzionale dell’articolo 14, comma 3, della medesima legge provinciale n. 17 del 2015;

dichiara l’illegittimità costituzionale dell’articolo 15, commi 1 e 3, della medesima legge provinciale n. 17 del 2015, nella parte in cui prevede per la presentazione dello schema di bilancio finanziario e del documento unico di programmazione, nonché per la deliberazione del bilancio di previsione, termini diversi da quelli stabiliti dal decreto legislativo n. 118 del 2011;

dichiara l’illegittimità costituzionale dell’articolo 17, comma 2, della medesima legge provinciale n. 17 del 2015;

dichiara l’illegittimità costituzionale dell’articolo 18 della medesima legge provinciale n. 17 del 2015;

dichiara, in via consequenziale, ai sensi dell’articolo 27 della legge 11 marzo 1953, n. 87 (Norme sulla costituzione e sul funzionamento della Corte costituzionale), l’illegittimità costituzionale dell’articolo 37, comma 1, della medesima legge provinciale n. 17 del 2015;

dichiara l’illegittimità costituzionale degli artt. 1, commi 2 e 3; 3, 4, comma 1, e 8, comma 1, della legge della Provincia autonoma di Bolzano 12 dicembre 2016, n. 25 (Ordinamento contabile e finanziario dei comuni e delle comunità comprensoriali della Provincia di Bolzano);

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell’articolo 12 della legge della provincia autonoma Bolzano n. 17 del 2015 promossa, in riferimento all’articolo 117, secondo comma, lettera e), della Costituzione, ed in relazione all’articolo 48 del decreto legislativo n. 118 del 2011, dal Presidente del Consiglio dei ministri;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell’articolo 16 della medesima legge provinciale n. 17 del 2015 promossa, in riferimento all’articolo 117, secondo comma, lettera e), della Costituzione, ed in relazione all’articolo 11, comma 3, del decreto legislativo n. 118 del 2011, dal Presidente del Consiglio dei ministri;

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell’articolo 66 della medesima legge provinciale n. 17 del 2015, promossa, in riferimento all’articolo 117, secondo comma, lettera e), della Costituzione, e in relazione all’articolo 74, comma 1, numero 61), del decreto legislativo n. 118 del 2011, dal Presidente del Consiglio dei ministri;

*alla V Commissione (Bilancio);*

in data 14 aprile 2017, Sentenza n. 81 del 21 marzo – 13 aprile 2017 (Doc. VII, n. 798), con la quale:

dichiara l’illegittimità costituzionale dell’articolo 12, commi 1, 2, 3 e 4, della legge della Regione Veneto 23 febbraio 2016, n. 7 (Legge di stabilità regionale 2016);

dichiara, in applicazione dell’articolo 27 della legge 11 marzo 1953, n. 87 (Norme sulla costituzione e sul funzionamento della Corte costituzionale), l’illegit-

timità costituzionale dell'articolo 12, commi 5, 6 e 7, della legge della Regione Veneto n. 7 del 2016:

*alla II Commissione (Giustizia);*

in data 14 aprile 2017, Sentenza n. 82 del 3 – 13 aprile 2017 (Doc. VII, n. 799), con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 3, ottavo comma, della legge 29 maggio 1982, n. 297 (Disciplina del trattamento di fine rapporto e norme in materia pensionistica), nella parte in cui non prevede che, nell'ipotesi di lavoratore che abbia già maturato i requisiti assicurativi e contributivi per conseguire la pensione e percepisca contributi per disoccupazione nelle ultime duecentosessanta settimane antecedenti la decorrenza della pensione, la pensione liquidata non possa essere comunque inferiore a quella che sarebbe spettata, al raggiungimento dell'età pensionabile, escludendo dal computo, ad ogni effetto, i periodi di contribuzione per disoccupazione relativi alle ultime duecentosessanta settimane, in quanto non necessari ai fini del requisito dell'anzianità contributiva minima;

dichiara l'inammissibilità della questione di legittimità costituzionale dell'articolo 3, ottavo comma, della legge n. 297 del 1982, nella parte in cui non prevede il diritto alla « neutralizzazione » dei periodi di contribuzione per disoccupazione e per integrazione salariale anche oltre i limiti del quinquennio, sollevata, in riferimento agli articoli 3, 36 e 38 della Costituzione, dal Tribunale ordinario di Ravenna, in funzione di giudice del lavoro:

*alla XI Commissione (Lavoro);*

in data 14 aprile 2017, Sentenza n. 85 del 22 marzo – 13 aprile 2017 (Doc. VII, n. 802), con la quale:

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 7, comma 8, della legge della Regione Puglia 30 dicembre 2011, n. 38 (Disposizioni per la formazione del bilan-

cio di previsione 2012 e bilancio pluriennale 2012-2014 della Regione Puglia), nella parte in cui prevede che « [a]gli scarti e ai sovralli di impianti di selezione automatica, riciclaggio e compostaggio si applica l'aliquota massima del tributo speciale per il conferimento in discarica dei rifiuti solidi »:

*alla VI Commissione (Finanze).*

La Corte Costituzionale ha depositato in cancelleria le seguenti sentenze che, ai sensi dell'articolo 108, comma 1, del Regolamento, sono inviate alle sottoindicate Commissioni competenti per materia, nonché alla I Commissione (Affari costituzionali):

Sentenza n. 68 del 7 febbraio – 7 aprile 2017 (Doc. VII, n. 788), con la quale:

dichiara inammissibili le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 187-*sexies* del decreto legislativo 24 febbraio 1998, n. 58 (Testo unico delle disposizioni in materia di intermediazione finanziaria, ai sensi degli articoli 8 e 21 della legge 6 febbraio 1996, n. 52), e 9, comma 6, della legge 18 aprile 2005, n. 62 (Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee. Legge comunitaria 2004), sollevate, in riferimento agli articoli 3, 25, secondo comma, e 117, primo comma, della Costituzione, quest'ultimo in relazione all'articolo 7 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con la legge 4 agosto 1955, n. 848, dalla Corte di Cassazione:

*alla II Commissione (Giustizia);*

Sentenza n. 69 del 22 febbraio – 7 aprile 2017 (Doc. VII, n. 789), con la quale:

dichiara non fondate, nei sensi e nei limiti di cui in motivazione, le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 37,

comma 6, lettera *b*), del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201 (Disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici), convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, sollevate, in riferimento agli articoli 3, 23, 41 e 97 della Costituzione, dal Tribunale amministrativo regionale per il Piemonte:

*alla IX Commissione (Trasporti);*

Sentenza n. 70 del 22 febbraio – 7 aprile 2017 (Doc. VII, n. 790), con la quale:

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 5, comma 3, lettera *a*), del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159 (Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale), convertito, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 29 novembre 2007, n. 222, sollevata, in riferimento all'articolo 3 della Costituzione, dal Tribunale amministrativo regionale per il Lazio:

*alla XII Commissione (Affari sociali);*

Sentenza n. 77 del 21 febbraio – 12 aprile 2017 (Doc. VII, n. 796), con la quale:

dichiara non fondata, nei sensi di cui in motivazione, la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1 della legge della Regione Liguria 7 aprile 2015, n. 12 (Disposizioni di adeguamento della normativa regionale), sostitutivo dell'articolo 91, comma 1-*bis*, della legge della regione Liguria 21 giugno 1999, n. 18 (Adeguamento delle discipline e conferimento delle funzioni agli enti locali in materia di ambiente, difesa del suolo ed energia), promossa dal Presidente del Consiglio dei ministri, in riferimento all'articolo 117, secondo comma, lettera *s*), della Costituzione:

*alla VIII Commissione (Ambiente);*

Sentenza n. 83 del 7 marzo – 13 aprile 2017 (Doc. VII, n. 800), con la quale:

dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 35-*ter* della legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà), come introdotto dall'articolo 1, comma 1, del decreto-legge 26 giugno 2014, n. 92 (Disposizioni urgenti in materia di rimedi risarcitori in favore dei detenuti e degli internati che hanno subito un trattamento in violazione dell'articolo 3 della convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, nonché di modifiche al codice di procedura penale e alle disposizioni di attuazione, all'ordinamento del Corpo di polizia penitenziaria e all'ordinamento penitenziario, anche minorile), convertito, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 11 agosto 2014, n. 117, sollevate, in riferimento agli articoli 3, 24, 25, primo comma, e 117, primo comma, della Costituzione, quest'ultimo in relazione agli articoli 3, 6 e 13 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, firmata a Roma il 4 novembre 1950, ratificata e resa esecutiva con la legge 4 agosto 1955, n. 848, dal Magistrato di sorveglianza di Padova:

*alla II Commissione (Giustizia);*

Sentenza n. 84 del 7 marzo – 13 aprile 2017 (Doc. VII, n. 801), con la quale:

dichiara non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 9, comma 1, lettera *b*), del decreto legislativo 6 giugno 2001, n. 378, recante « Disposizioni legislative in materia edilizia (Testo B) », trasfuso nell'articolo 9, comma 1, lettera *b*), del decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380, recante il « Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia (Testo A) », sollevate, in riferimento agli articoli 3, 41, primo comma, 42, secondo e terzo comma, 76 e 117, terzo comma,

della Costituzione, dal Tribunale amministrativo regionale per la Campania:

*alla VIII Commissione (Ambiente);*

Sentenza n. 86 del 7 marzo – 13 aprile 2017 (Doc. VII, n. 803), con la quale:

dichiara non fondata, nei sensi di cui in motivazione, la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 7, comma 20, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica), convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, sollevata, in riferimento agli articoli 3, 97 e 118 della Costituzione, dal Consiglio di Stato, sezione sesta giurisdizionale:

*alla X Commissione (Attività Produttive);*

Sentenza n. 87 del 22 marzo – 13 aprile 2017 (Doc. VII, n. 804), con la quale:

dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 59, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016) », nella parte in cui sostituisce l'articolo 13, comma 5, della legge 9 dicembre 1998, n. 431 (Disciplina delle locazioni e del rilascio degli immobili adibiti ad uso abitativo), sollevata, in riferimento agli articoli 136 e 3 della Costituzione, dal Tribunale ordinario di Roma:

*alla VIII Commissione (Ambiente).*

#### **Trasmissione dalla Ministra per i rapporti con il Parlamento.**

La Ministra per i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 18 aprile 2017, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 23 della legge 10 ottobre 1990, n. 287, la relazione sull'attività svolta dall'Autorità

garante della concorrenza e del mercato nell'anno 2016, predisposta dalla medesima Autorità (Doc. XLV, n. 5).

Questa relazione è trasmessa alla X Commissione (Attività produttive).

#### **Annunzio di risoluzioni del Parlamento europeo.**

Il Parlamento europeo ha trasmesso il testo di sedici risoluzioni approvate nella tornata dal 13 al 16 marzo 2017, che sono assegnate, ai sensi dell'articolo 125, comma 1, del Regolamento, alle sottoindicate Commissioni, nonché, per il parere, alla III Commissione (Affari esteri) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea), se non già assegnate alle stesse in sede primaria:

Risoluzione legislativa sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio sul mercurio che abroga il regolamento (CE) n. 1102/2008 (Doc. XII, n. 1161) – *alle Commissioni riunite III (Affari esteri) e XII (Affari sociali);*

Risoluzione legislativa sulla proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica la direttiva 2007/36/CE per quanto riguarda l'incoraggiamento dell'impegno a lungo termine degli azionisti e la direttiva 2013/34/UE per quanto riguarda taluni elementi della relazione sul governo societario (Doc. XII, n. 1162) – *alle Commissioni riunite II (Giustizia) e VI (Finanze);*

Risoluzione legislativa sulla proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica la direttiva 91/477/CEE del Consiglio, relativa al controllo dell'acquisizione e della detenzione di armi (Doc. XII, n. 1163) – *alla I Commissione (Affari costituzionali);*

Risoluzione legislativa relativa alla posizione del Consiglio in prima lettura in vista dell'adozione del regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuati per garantire l'applica-

zione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari, recante modifica dei regolamenti (CE) n. 999/2001, (CE) n. 396/2005, (CE) n. 1069/2009, (CE) n. 1107/2009, (UE) n. 1151/2012, (UE) n. 652/2014, (UE) 2016/429 e (UE) 2016/2031 del Parlamento europeo e del Consiglio, dei regolamenti (CE) n. 1/2005 e (CE) n. 1099/2009 del Consiglio e delle direttive 98/58/CE, 1999/74/CE, 2007/43/CE, 2008/119/CE e 2008/120/CE del Consiglio, e che abroga i regolamenti (CE) n. 854/2004 e (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, le direttive 89/608/CEE, 89/662/CEE, 90/425/CEE, 91/496/CEE, 96/23/CE, 96/93/CE e 97/78/CE del Consiglio e la decisione 92/438/CEE del Consiglio (regolamento sui controlli ufficiali) (Doc. XII, n. 1164) — *alle Commissioni riunite XII (Affari sociali) e XIII (Agricoltura)*;

Risoluzione legislativa sulla proposta di decisione del Parlamento europeo e del Consiglio relativa all'uso della banda di frequenza 470-790 MHz nell'Unione (Doc. XII, n. 1165) — *alla IX Commissione (Trasporti)*;

Risoluzione legislativa sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce un sistema europeo di autocertificazione dell'esercizio del dovere di diligenza nella catena di approvvigionamento per gli importatori responsabili di stagno, tungsteno, tantalio, dei loro minerali e di oro, originari di zone di conflitto e ad alto rischio (Doc. XII, n. 1166) — *alla X Commissione (Attività produttive)*;

Risoluzione legislativa sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce un quadro dell'Unione per la raccolta, la gestione e l'uso di dati nel settore della pesca e un sostegno alla consulenza scientifica relativa alla politica comune della pesca (rifusione) (Doc. XII, n. 1167) — *alla XIII Commissione (Agricoltura)*;

Risoluzione sull'applicazione della direttiva 2004/113/CE del Consiglio che at-

tua il principio della parità di trattamento tra uomini e donne per quanto riguarda l'accesso a beni e servizi e la loro fornitura (Doc. XII, n. 1168) — *alla I Commissione (Affari costituzionali)*;

Risoluzione legislativa concernente il progetto di decisione del Consiglio relativa alla conclusione dell'accordo in forma di scambio di lettere tra l'Unione europea e la Repubblica federativa del Brasile, a norma dell'articolo XXIV, paragrafo 6, e dell'articolo XXVIII dell'accordo generale sulle tariffe doganali e sul commercio (GATT) del 1994, sulla modifica di concessioni nell'elenco della Repubblica di Croazia nel quadro della sua adesione all'Unione europea (Doc. XII, n. 1169) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione sugli ostacoli alla libertà dei cittadini dell'Unione europea di circolare e lavorare nel mercato interno (Doc. XII, n. 1170) — *alla XI Commissione (Lavoro)*;

Risoluzione sulle Filippine: il caso della senatrice Leila M. De Lima (Doc. XII, n. 1171) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione sulle priorità dell'Unione europea per le sessioni del Consiglio dei diritti umani delle Nazioni Unite nel 2017 (Doc. XII, n. 1172) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione sulle implicazioni costituzionali, giuridiche e istituzionali di una politica di sicurezza e di difesa comune: possibilità offerte dal trattato di Lisbona (Doc. XII, n. 1173) — *alle Commissioni riunite III (Affari esteri) e IV (Difesa)*;

Risoluzione su una politica integrata dell'Unione europea per l'Artide (Doc. XII, n. 1174) — *alla III Commissione (Affari esteri)*;

Risoluzione sulla relazione 2016 della Commissione sul Montenegro (Doc. XII, n. 1175) — *alle Commissioni riunite III (Affari esteri) e XIV (Politiche dell'Unione europea)*;

Risoluzione sulla *e*-democrazia nell'Unione europea: potenziale e sfide (Doc. XII, n. 1176) — *alla I Commissione (Affari costituzionali)*.

#### **Annunzio di progetti di atti dell'Unione europea.**

La Commissione europea, in data 19 aprile 2017, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, la comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni — Iniziativa per lo sviluppo sostenibile dell'economia blu nel Mediterraneo occidentale (COM(2017) 183 final), che è assegnata in sede primaria alle Commissioni riunite VIII (Ambiente) e X (Attività produttive), con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

#### **Atti di controllo e di indirizzo.**

Gli atti di controllo e di indirizzo presentati sono pubblicati nell'*Allegato B* al resoconto della seduta odierna.

#### **Annunzio di risposte scritte ad interrogazioni.**

Sono pervenute alla Presidenza dai competenti Ministeri risposte scritte ad interrogazioni. Sono pubblicate nell'*Allegato B* al resoconto della seduta odierna.

#### **ERRATA CORRIGE**

Nell'*Allegato A* ai resoconti della seduta del 6 febbraio 2017, a pagina 3, prima colonna, trentunesima riga, deve leggersi: « persone disabili » e non: « disabili » come stampato.

**TESTO UNIFICATO DELLE PROPOSTE DI LEGGE: MANTERO ED ALTRI; LOCATELLI ED ALTRI; MURER ED ALTRI; ROCCELLA ED ALTRI; NICCHI ED ALTRI; BINETTI ED ALTRI; CARLONI ED ALTRI; MIOTTO ED ALTRI; NIZZI ED ALTRI; FUCCI ED ALTRI; CALABRÒ E BINETTI; BRIGNONE ED ALTRI; IORI ED ALTRI; MARZANO; MARAZZITI ED ALTRI; SILVIA GIORDANO ED ALTRI: NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (A.C. 1142-1298-1432-2229-2264-2996-3391-3561-3584-3586-3596-3599-3630-3723-3730-3970-A)**

**A.C. 1142-A – Parere della I Commissione**

PARERE DELLA I COMMISSIONE SULLA PROPOSTA EMENDATIVA PRESENTATA

NULLA OSTA

sull'emendamento 3.550 della Commissione.

**A.C. 1142-A – Articolo 3**

ARTICOLO 3 DEL TESTO UNIFICATO DELLA COMMISSIONE

ART. 3.

*(Disposizioni anticipate di trattamento).*

1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autode-terminarsi, può, attraverso le DAT, espri-

mere le proprie convinzioni e preferenze in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto a scelte diagnostiche o terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, comprese le pratiche di nutrizione e idratazione artificiali. 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.

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. 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 convinzioni e alle preferenze del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un fiduciario o investe dei relativi compiti l'amministratore di sostegno, ascoltando nel procedimento il coniuge o la parte dell'unione civile o, in mancanza, i figli o, in mancanza, gli ascendenti.

5. Fermo restando quanto previsto dal comma 7 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 sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di assicurare possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi di quanto previsto dal comma 4.

6. Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata. 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 consentono alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento.

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.

## PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 3 DEL TESTO UNIFICATO

### ART. 3.

*(Disposizioni anticipate di trattamento).*

*Al comma 1, dopo il primo periodo aggiungere il seguente:* Le dichiarazioni anticipate di trattamento si applicano dal momento in cui è accertato che l'incapacità di autodeterminarsi abbia carattere di irreversibilità.

**3. 34.** Calabrò, Binetti, Gigli, Pagano.

*Al comma 1, dopo il primo periodo aggiungere il seguente:* Nel rispetto della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 13 dicembre 2006 e resa esecutiva dalla legge 3 marzo 2009, n. 18, l'alimentazione e l'idratazione devono essere mantenute fino al termine della vita, ad eccezione del caso in cui le medesime non risultino più efficaci a fornire al paziente in fase terminale i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche.

**\*3. 35.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Archi, Biancofiore, Biasotti, Brambilla, Calabria, Carfagna, Catanoso, Centemero, Cesaro, Crimi, De Girolamo, Fabrizio Di Stefano, Gregorio Fontana, Riccardo Gallo, Garnerò Santanchè, Gelmini, Genovese, Giacomoni, Alberto Giorgetti, Gullo, Laffranco, Longo, Martinelli, Milanato, Occhiuto, Palmizio, Polidori, Polverini, Romele, Rotondi, Russo, Santelli, Sarro, Elvira Savino, Sandra Savino, Secco, Squeri, Valentini, Vella, Gigli.

*Al comma 1, dopo il primo periodo aggiungere il seguente:* Nel rispetto della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 13 dicembre 2006 e resa esecutiva dalla legge 3 marzo 2009, n. 18, l'alimentazione e l'idratazione devono essere mantenute fino al termine della vita,

ad eccezione del caso in cui le medesime non risultino più efficaci a fornire al paziente in fase terminale i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche.

**\*3. 36.** Binetti, Buttiglione, De Mita, Roccella, Calabrò.

*Al comma 1, dopo il primo periodo, aggiungere il seguente:* Nelle DAT la persona non può inserire dichiarazioni che integrino la fattispecie di cui agli articoli 575, 579 e 580 del codice penale e che sia pure indirettamente siano orientate ad occasionare o ad accelerare la sua morte.

**3. 37.** Binetti, Buttiglione, De Mita.

*Al comma 1, dopo il primo periodo aggiungere il seguente:* Nelle DAT la persona non può inserire dichiarazioni che integrino la fattispecie di cui agli articoli 575, 579 e 580 del codice penale.

**3. 38.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Archi, Biancofiore, Biasotti, Brambilla, Calabria, Carfagna, Catanoso, Centemero, Cesaro, Crimi, De Girolamo, Fabrizio Di Stefano, Gregorio Fontana, Riccardo Gallo, Garnero Santanchè, Gelmini, Genovese, Giacomoni, Alberto Giorgetti, Gullo, Laffranco, Longo, Martinelli, Milanato, Occhiuto, Palmizio, Polidori, Polverini, Romele, Rotondi, Russo, Santelli, Sarro, Elvira Savino, Sandra Savino, Secco, Squeri, Valentini, Vella, Binetti, Calabrò, Gigli, Castiello.

*Al comma 1, dopo il primo periodo, aggiungere il seguente:* Il medico verifica che il soggetto, oltre ad essere capace di intendere e di volere, non è gravemente depresso e non sta attraversando una crisi depressiva e è in atto un episodio di tipo depressivo.

**3. 39.** Binetti, Buttiglione, De Mita, Calabrò, Gigli, Pagano.

*Al comma 1, dopo il primo periodo, aggiungere il seguente:* Nel caso in cui si trovi nella fase terminale di una malattia incurabile o di particolare gravità, il paziente può chiedere di ricevere tutti i trattamenti necessari alla riduzione delle proprie sofferenze, compresi trattamenti sperimentali, volti a migliorare la qualità di vita.

**3. 40.** Binetti, Buttiglione, De Mita, Roccella, Calabrò, Gigli.

*Al comma, 1, dopo il primo periodo, aggiungere il seguente:* Nel caso in cui si trovi nella fase terminale di una malattia incurabile, il paziente può chiedere di ricevere tutti i trattamenti necessari alla diminuzione delle proprie sofferenze.

**3. 41.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Archi, Biancofiore, Biasotti, Brambilla, Calabria, Carfagna, Catanoso, Centemero, Luigi Cesaro, Crimi, De Girolamo, Fabrizio Di Stefano, Gregorio Fontana, Riccardo Gallo, Garnero Santanchè, Gelmini, Genovese, Giacomoni, Alberto Giorgetti, Gullo, Laffranco, Longo, Martinelli, Milanato, Occhiuto, Palmizio, Polidori, Polverini, Romele, Rotondi, Russo, Santelli, Sarro, Elvira Savino, Sandra Savino, Secco, Squeri, Valentini, Vella, Binetti, Calabrò, Gigli.

*Al comma 1, dopo il primo periodo aggiungere le seguenti parole:* Nel caso in cui si trovi nella fase terminale di una malattia incurabile o di una particolare gravità, può chiedere di ricevere tutti i trattamenti necessari alla diminuzione delle proprie sofferenze, anche quando tali trattamenti possono accelerare l'esito mortale della patologia in atto.

**3. 42.** Marzano, Locatelli.

*Al comma 1, sopprimere il secondo periodo.*

*Conseguentemente:*

*sopprimere i commi 2 e 3;*

*al comma 5, primo periodo, sopprimere le parole:* in accordo col fiduciario;

*al comma 5, sopprimere il secondo periodo;*

*al comma 7, sopprimere le parole:* compresa l'indicazione del fiduciario.

**3. 43.** (*Versione corretta*) Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 1, secondo periodo, sostituire la parola:* Indica con le seguenti: Può indicare.

**\*3. 44.** Monchiero.

*Al comma 1, secondo periodo, sostituire la parola:* Indica con le seguenti: Può indicare.

**\*3. 45.** Mantero, Silvia Giordano, Lorefice, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Al comma 1, secondo periodo, dopo la parola:* Indica aggiungere la seguente: obbligatoriamente.

**3. 46.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:*

1-bis. Le DAT assumono rilievo nel momento in cui è accertato che il paziente in stato vegetativo non è più in grado di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze e pertanto non può assumere decisioni che lo riguardano. Tale accertamento è certificato da un collegio medico formato da un anestesista-rianimatore, da un neurologo, dal medico curante e dal medico specialista nella patologia da cui è affetto il paziente. Tali medici, eccetto il medico curante, sono designati dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero o, ove necessario, dall'azienda sanitaria locale di competenza. Eventuali dichiarazioni di in-

tenti o orientamenti espressi dal paziente 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. 47.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Archi, Biancofiore, Biasotti, Brambilla, Calabria, Carfagna, Catanoso, Centemero, Luigi Cesaro, Crimi, De Girolamo, Fabrizio Di Stefano, Gregorio Fontana, Riccardo Gallo, Garnerò Santanchè, Gelmini, Genovese, Giacomoni, Alberto Giorgetti, Gullo, Laffranco, Longo, Martinelli, Milanato, Occhiuto, Palmizio, Polidori, Polverini, Romele, Rondoni, Russo, Santelli, Sarro, Elvira Savino, Sandra Savino, Secco, Squeri, Valentini, Vella, Binetti, Calabrò, Gigli.

*Al comma 1, aggiungere in fine il seguente periodo:* Il medico non può attuare le DAT senza il consenso informato del fiduciario.

**3. 48.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo:* Sopraggiunta la condizione di efficacia delle DAT ai sensi del presente comma, il fiduciario può revocare le medesime dichiarazioni con le forme previste dal seguente comma 6, primo periodo.

**3. 49.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:*

1-bis. Le DAT diventano operative nel momento in cui una commissione medica, formata da un clinico esperto della patologia da cui il paziente è stato colpito, un neurologo, un anestesista e un medico legale, diagnosticano collegialmente che il

paziente non è più in condizione di autodeterminarsi.

**3. 50.** Binetti, Buttiglione, De Mita, Roccella, Calabrò.

*Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:*

1-bis. Le DAT devono essere adottate in piena libertà e consapevolezza e non possono essere obbligatorie.

**\*3. 51.** Roccella, Piso, Vaccaro, Binetti, Calabrò.

*Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:*

1-bis. Le DAT devono essere adottate in piena libertà e consapevolezza e non possono essere obbligatorie.

**\*3. 192.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Gigli.

*Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:*

1-bis. Le DAT devono essere adottate in piena libertà e consapevolezza e non possono essere obbligatorie.

**\*3. 193.** Abrignani.

*Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:*

1-bis. Qualora il paziente esprima nelle DAT la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico è tenuto a esaminare con il paziente e, se il paziente acconsente, con i suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e ad illustrargli le possibili alternative.

**3. 52.** Roccella, Piso, Vaccaro, Binetti, Calabrò.

*Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:*

1-bis. È vietata la sospensione di idratazione artificiale qualora comporti la morte per disidratazione ed è vietata la

sospensione di alimentazione artificiale qualora comporti la morte per denutrizione.

**3. 53.** Roccella, Piso, Vaccaro, Binetti, Calabrò, Castiello, Palmieri.

*Sopprimere il comma 2.*

**3. 54.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 2, sopprimere il primo periodo.*

**3. 55.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 2, sopprimere il secondo periodo.*

**3. 56.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 2, dopo il secondo periodo, aggiungere il seguente:* Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT.

**3. 550.** La Commissione.

**(Approvato)**

*Al comma 2, aggiungere, in fine, i seguenti periodi:* Il fiduciario, qualora sia stato designato dal paziente nelle sue DAT, è l'unico soggetto autorizzato a interagire con il medico e si impegna a farlo nell'esclusivo interesse del paziente, operando sempre e solo secondo le intenzioni esplicitate nelle Dat. Il fiduciario si impegna a vigilare che al paziente siano somministrate le migliori terapie palliative disponibili, evitando che si creino situazioni di accanimento o di abbandono terapeutico. Il fiduciario si impegna a verificare che non si determinino a carico del paziente situazioni che integrino fattispecie di cui agli articoli 575, 579 e 580 del codice penale.

**3. 57.** Binetti, Buttiglione, De Mita, Roccella, Calabrò, Gigli.

*Al comma 2, aggiungere, in fine, i seguenti periodi:* Il fiduciario è l'unico soggetto autorizzato a interagire con il medico e si impegna a farlo nell'esclusivo interesse del paziente, operando sempre e solo secondo le intenzioni esplicitate nelle DAT. Il fiduciario si impegna a vigilare che al paziente siano somministrate le migliori terapie palliative disponibili, evitando che si creino situazioni di accanimento o di abbandono terapeutico. Il fiduciario si impegna inoltre a verificare che non si determinino a carico del paziente situazioni che integrino fattispecie di cui agli articoli 575, 579 e 580 del codice penale.

- 3. 58.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Archi, Biancofiore, Biasotti, Brambilla, Calabria, Carfagna, Catanoso, Centemero, Luigi Cesaro, Crimi, De Girolamo, Fabrizio Di Stefano, Gregorio Fontana, Riccardo Gallo, Garnero Santanchè, Gelmini, Genovese, Giacomoni, Alberto Giorgetti, Gullo, Laffranco, Longo, Martinelli, Milanato, Occhiuto, Palmizio, Polidori, Polverini, Romele, Rontondi, Russo, Santelli, Sarro, Elvira Savino, Sandra Savino, Secco, Squeri, Valentini, Vella, Binetti, Calabrò, Gigli, Castiello.

*Al comma 2 sopprimere il terzo periodo.*

- 3. 59.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:*

*2-bis.* Il fiduciario, adeguatamente informato sulle condizioni di salute del disponente e riguardo alla diagnosi e alla prognosi, si impegna a garantire il rispetto da parte del personale sanitario e medico delle disposizioni anticipate di volontà del disponente. Al fiduciario è attribuita la titolarità, in caso di incapacità dell'interessato, dei diritti e delle facoltà che a questi competono ai sensi della presente legge.

- 3. 401.** Mantero, Silvia Giordano, Lorefice, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:*

*2-bis.* Il fiduciario si impegna a garantire il rispetto da parte del personale sanitario e medico delle disposizioni anticipate di volontà del disponente. Al fiduciario è attribuita la titolarità, in caso di incapacità dell'interessato, dei diritti e delle facoltà che a questi competono ai sensi della presente legge.

- 3. 62.** Mantero, Silvia Giordano, Lorefice, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Sopprimere il comma 3.*

- 3. 63.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Sopprimere il comma 4.*

- 3. 64.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 4 sopprimere il primo periodo.*

- 3. 65.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 4, primo periodo, sostituire le parole:* le DAT mantengono efficacia in merito alle convinzioni e alle preferenze del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un fiduciario *con le seguenti:* le DAT non mantengono efficacia fino a quando, su istanza di chi abbia titolo, il giudice tutelare non provveda alla nomina di un nuovo fiduciario.

- 3. 66.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 4, sopprimere il secondo periodo.*

- 3. 67.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 4, secondo periodo, sostituire le parole:* In caso di necessità con le seguenti: In tutti i casi di assenza.

**3. 69.** Calabrò, Binetti, Gigli.

*Al comma 4, secondo periodo, sostituire le parole da:* provvede alla nomina fino a: di sostegno con le seguenti: nomina l'amministratore di sostegno, o lo conferma, qualora già nominato, e lo investe dei relativi compiti.

**3. 70.** Nicchi, Murer, Fossati, Ricciatti, Scotto, Gregori.

*Al comma 4, secondo periodo, sostituire le parole da:* fiduciario fino alla fine del comma, con le seguenti: amministratore di sostegno, ai sensi degli articoli 404 e seguenti del Capo I, Titolo XII, del codice civile, prevedendo l'ascolto, nel corso del procedimento, del coniuge o la parte dell'unione civile, i figli, gli ascendenti o, in mancanza, il fratello o la sorella.

**3. 183.** Giuditta Pini.

*Al comma 4, secondo periodo, sostituire le parole da:* fiduciario fino alla fine del comma, con le seguenti: amministratore di sostegno, ai sensi degli articoli 404 e seguenti del Capo I, Titolo XII, del codice civile.

**3. 183.** (Testo modificato nel corso della seduta) Giuditta Pini.

**(Approvato)**

*Dopo il comma 4, aggiungere il seguente:*

*4-bis.* 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 il medico specialista della patologia. Tali medici sono designati dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero o dell'azienda sanitaria locale di competenza. 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 e su parere del collegio medico.

*Conseguentemente, al comma 5, sopprimere l'ultimo periodo.*

**3. 71.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Archi, Biancofiore, Biasotti, Brambilla, Calabria, Carfagna, Catanoso, Centemero, Cesaro, Crimi, De Girolamo, Fabrizio Di Stefano, Gregorio Fontana, Riccardo Gallo, Garnerò Santanchè, Gelmini, Genovese, Giacomoni, Alberto Giorgetti, Gullo, Laffranco, Longo, Martinelli, Milanato, Occhiuto, Palmizio, Polidori, Polverini, Romele, Rotondi, Russo, Santelli, Sarro, Elvira Savino, Sandra Savino, Secco, Squeri, Valentini, Vella, Binetti, Calabrò, Gigli, Castiello.

*Dopo il comma 4 aggiungere il seguente comma:*

*4-bis.* 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 il medico specialista della patologia. Tali medici sono designati dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero o dell'azienda sanitaria locale di competenza.

*Conseguentemente, al comma 5, sopprimere l'ultimo periodo.*

**3. 72.** Calabrò, Binetti, Gigli.

*Sopprimere il comma 5.*

**3. 74.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Sostituire il comma 5 con il seguente:*

5. 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.

**3. 220.** Fucci, Distaso, Latronico, Binetti, Calabrò.

*Sostituire il comma 5 con il seguente:*

Il medico può disattendere le DAT in tutto o in parte, sentito il fiduciario, qualora esistano sviluppi terapeutici, non prevedibili all'atto della sottoscrizione delle DAT, che non costituiscano accanimento terapeutico ma siano applicabili al paziente secondo criteri di appropriatezza clinica.

**\*3. 75.** Roccella, Piso, Vaccaro, Binetti, Calabrò.

*Sostituire il comma 5 con il seguente:*

Il medico può disattendere le DAT in tutto o in parte, sentito il fiduciario, qualora esistano sviluppi terapeutici, non prevedibili all'atto della sottoscrizione delle DAT, che non costituiscano accanimento terapeutico ma siano applicabili al paziente secondo criteri di appropriatezza clinica.

**\*3. 191.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Gigli.

*Sostituire il comma 5 con il seguente:*

Il medico è tenuto al rispetto delle DAT e in conseguenza di ciò è esente da responsabilità civile e penale. Le DAT possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico, su proposta del fiduciario adeguatamente informato, qualora sussistano terapie documentabili non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di assicurare concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita, indicando dettagliatamente le motivazioni della decisione nella cartella clinica.

**3. 76.** Silvia Giordano, Mantero, Loreface, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Al comma 5, sostituire il primo periodo con i seguenti:* Il medico è tenuto al rispetto delle DAT e in conseguenza di ciò è esente da responsabilità civile e penale. Le DAT possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso su proposta del fiduciario adeguatamente informato qualora sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di assicurare concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita, indicando dettagliatamente le motivazioni della decisione nella cartella clinica.

**3. 79.** Mantero, Silvia Giordano, Loreface, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Al comma 5, sostituire il primo periodo con i seguenti:* Il medico è tenuto a tenere in debita considerazione le DAT, salvo che il contenuto di esse possa mettere a rischio la vita del paziente. Le DAT, inoltre, possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico, in accordo con il fiduciario, qualora sussistano motivate e documentabili possibilità, non prevedibili all'atto della sottoscrizione, di poter altrimenti conseguire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

**3. 77.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Archi, Biancofiore, Biasotti, Brambilla, Calabria, Carfagna, Catanoso, Centemero, Cesaro, Crimi, De Girolamo, Fabrizio Di Stefano, Gregorio Fontana, Riccardo Gallo, Garnerò Santanchè, Gelmini, Genovese, Giacomoni, Alberto Giorgetti, Gullo, Laffranco, Longo, Martinelli, Milanato, Occhiuto, Palmizio, Polidori, Polverini, Romele, Rotondi, Russo, Santelli, Sarro, Elvira Savino, Sandra Savino, Secco, Squeri, Valentini, Vella, Binetti, Calabrò, Gigli.

*Al comma 5, sostituire il primo periodo con il seguente:* Il medico è tenuto a tenere nella massima considerazione le DAT, salvo il caso in cui mettono a rischio la vita del paziente. Le DAT possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico, in accordo

con il fiduciario, qualora sussistano motivate e documentabili possibilità, non prevedibili all'atto della sottoscrizione, di poter conseguire possibili miglioramenti delle condizioni di vita, non prevedibili nel momento della redazione delle DAT.

**3. 78.** Binetti, Buttiglione, De Mita, Roccella, Calabrò.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole:* Fermo restando quanto previsto dal comma 7 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT le quali *con le seguenti:* Le Dat.

*Conseguentemente, al medesimo comma, sopprimere l'ultimo periodo.*

**3. 81.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Archi, Biancofiore, Biasotti, Brambilla, Calabria, Carfagna, Catanoso, Centemero, Cesaro, Crimi, De Girolamo, Fabrizio Di Stefano, Gregorio Fontana, Riccardo Gallo, Garnero Santanchè, Gelmini, Genovese, Giacomoni, Alberto Giorgetti, Gullo, Laffranco, Longo, Martinelli, Milanato, Occhiuto, Palmizio, Polidori, Polverini, Romele, Rotondi, Russo, Santelli, Sarro, Elvira Savino, Sandra Savino, Secco, Squeri, Valentini, Vella, Binetti, Calabrò, Gigli.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole:* Fermo restando quanto previsto dal comma 7 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT le quali *con le seguenti:* Il medico è tenuto al rispetto delle DAT e in conseguenza di ciò è esente da responsabilità civile e penale. Le DAT.

**3. 80.** Silvia Giordano, Mantero, Loreface, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso, Brignone.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole:* Fermo restando quanto previsto dal comma 7 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle *con le seguenti:* Salvo che si tratti di trattamenti sanitari

contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali, il medico tiene in considerazione le.

**3. 82.** Calabrò, Binetti, Gigli.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole:* è tenuto al rispetto delle DAT *con le seguenti:* prende seriamente in considerazione le DAT, ascoltando attentamente il fiduciario.

**3. 83.** Binetti, Buttiglione, De Mita, Roccella, Calabrò, Gigli.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole:* è tenuto al rispetto delle DAT *con le seguenti:* prende in considerazione, sentito il fiduciario, le DAT.

**3. 84.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Archi, Biancofiore, Biasotti, Brambilla, Calabria, Carfagna, Catanoso, Centemero, Cesaro, Crimi, De Girolamo, Fabrizio Di Stefano, Gregorio Fontana, Riccardo Gallo, Garnero Santanchè, Gelmini, Genovese, Giacomoni, Alberto Giorgetti, Gullo, Laffranco, Longo, Martinelli, Milanato, Occhiuto, Palmizio, Polidori, Polverini, Romele, Rotondi, Russo, Santelli, Sarro, Elvira Savino, Sandra Savino, Secco, Squeri, Valentini, Vella, Binetti, Calabrò, Gigli.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole:* è tenuto al rispetto delle *con le seguenti:* prende in considerazione le.

**\*3. 85.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole:* è tenuto al rispetto delle *con le seguenti:* prende in considerazione le.

**\*3. 86.** Calabrò, Binetti, Gigli.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole:* è tenuto al rispetto con le seguenti: considera, nella propria autonomia, il contenuto.

- 3. 87.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole:* è tenuto al rispetto con le seguenti: tiene conto.

- 3. 88.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 5, primo periodo, sopprimere le parole da:* le quali possono fino alla fine del comma.

- 3. 89.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 5, primo periodo, sopprimere le parole:* , in accordo con il fiduciario,

*Conseguentemente, al medesimo comma, sopprimere il secondo periodo.*

- 3. 185.** Rampelli, Cirielli, La Russa, Giorgia Meloni, Murgia, Nastri, Petrenga, Rizzetto, Tagliatela, Totaro.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole da:* in accordo con il fiduciario fino alla fine del comma, con le seguenti: anche su richiesta del fiduciario.

- 3. 90.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole:* in accordo con il fiduciario, qualora con le seguenti: su esplicita richiesta del fiduciario, qualora questi sia informato dal medico che.

- 3. 91.** Mucci.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole:* in accordo con il fiduciario con le seguenti: su proposta del fiduciario adeguatamente informato.

- 3. 92.** Silvia Giordano, Mantero, Loreface, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole:* in accordo con con le seguenti: sentito anche il.

- 3. 93.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 5, primo periodo, dopo le parole:* con il fiduciario, aggiungere la seguente: anche.

- 3. 94.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole da:* sussistano terapie fino alla fine del periodo con le seguenti: le DAT appaiano manifestamente inappropriate o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero qualora sussistano terapie non prevedibili o non conosciute dal disponente all'atto della sottoscrizione, capaci di assicurare possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

- 3. 195.** Marazziti, Gigli, Binetti, Calabrò, Santerini.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole da:* sussistano terapie fino alla fine del periodo con le seguenti: le DAT appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sotto-

scrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

**3. 195.** *(Testo modificato nel corso della seduta)* Marazziti, Gigli, Binetti, Calabrò, Santerini.

**(Approvato)**

*Al comma 5, primo periodo, sostituire la parola: sussistano con le seguenti: vi siano evidenze cliniche circa.*

**3. 96.** Fossati, Murer, Nicchi, Ricciatti, Scotto, Gregori.

*Al comma 5, primo periodo, dopo la parola: sussistano aggiungere le seguenti: possibilità di recupero della capacità di intendere e di volere o.*

**3. 97.** Calabrò, Gigli, Sberna, Baradello, Binetti.

*Al comma 5, primo periodo, dopo la parola: terapie aggiungere la seguente: documentabili.*

**3. 98.** Silvia Giordano, Mantero, Lorefice, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Al comma 5, primo periodo, sopprimere le parole: non prevedibili all'atto della sottoscrizione,.*

**3. 194.** Parisi.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole: non prevedibili all'atto della sottoscrizione con le seguenti: di comprovato valore scientifico.*

**3. 99.** Brignone.

*Al comma 5, primo periodo, dopo le parole: non prevedibili aggiungere le seguenti: per le competenze del paziente.*

**3. 100.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 5, primo periodo, dopo le parole: non prevedibili aggiungere le seguenti: o non sufficientemente note.*

**3. 101.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 5, primo periodo, dopo la parola: assicurare aggiungere la seguente: reali.*

**3. 102.** Murer, Nicchi, Fossati, Ricciatti, Scotto, Gregori.

*Al comma 5, primo periodo, dopo la parola: assicurare aggiungere la seguente: concrete.*

**\*3. 103.** Mantero, Silvia Giordano, Lorefice, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Al comma 5, primo periodo, dopo la parola: assicurare aggiungere la seguente: concrete.*

**\*3. 180.** Gregori.

*Al comma 5, primo periodo, sostituire le parole: possibilità di con la seguente: un.*

**3. 104.** Silvia Giordano, Mantero, Lorefice, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Al comma 5, primo periodo, aggiungere, in fine, le parole: indicando dettagliatamente le motivazioni della decisione nella cartella clinica.*

**3. 105.** Silvia Giordano, Mantero, Lorefice, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Al comma 5, sopprimere il secondo periodo.*

**3. 107.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 5, secondo periodo, sostituire le parole da: di conflitto fino alla fine del comma con le seguenti: in cui il medico curante sia in disaccordo con il fiduciario, o, in assenza di questo, con i familiari incaricati, viene chiesto un parere ad una commissione designata dalla struttura di ricovero o dall'azienda sanitaria locale, composta da un medico legale, un anestesista rianimatore e il medico specialista della patologia.*

**3. 108.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 5, secondo periodo, sostituire le parole da: di conflitto fino alla fine del comma, con le seguenti: in cui il medico curante sia in disaccordo con il fiduciario, viene chiesto un parere ad una commissione designata dalla struttura di ricovero o dall'azienda sanitaria locale.*

**3. 109.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 5, secondo periodo, sostituire le parole da: conflitto fino alla fine del comma, con le seguenti: 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 il medico specialista della patologia. Tali medici sono designati dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero o dell'azienda sanitaria locale di competenza. 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 e su parere del collegio medico.*

**3. 110.** Binetti, Buttiglione, De Mita, Roccella, Calabrò.

*Al comma 5, secondo periodo, sostituire le parole: si procede ai sensi di quanto previsto dal comma 4 con le seguenti: prevalgono le indicazioni del medico.*

**3. 111.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 5, secondo periodo, sostituire le parole: si procede ai sensi di quanto previsto dal comma 4 con le seguenti: prevalgono le azioni a maggior tutela della sopravvivenza del paziente.*

**3. 112.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 5, secondo periodo, aggiungere, in fine, le parole: dell'articolo 2.*

**\*3. 114.** Murer, Fossati, Nicchi, Ricciatti, Scotto, Gregori.

**(Approvato)**

*Al comma 5, secondo periodo, aggiungere, in fine, le parole: dell'articolo 2.*

**\*3. 186.** Casati.

**(Approvato)**

*Al comma 5, secondo periodo, aggiungere, in fine, le parole: , sulla base di una manifestazione di volontà chiara e inequivocabile da parte dell'interessato.*

**3. 113.** Fucci, Distaso, Latronico, Binetti, Calabrò.

*Al comma 5 aggiungere, in fine, il seguente periodo: Prima di interrompere, secondo le disposizioni del paziente, trattamenti sanitari necessari alla sopravvivenza, i medici sono tenuti a utilizzare tutti i più aggiornati metodi e strumenti a disposizione per l'indagine dell'attività cerebrale, mediante i quali sia possibile*

stabilire una comunicazione documentabile con il paziente stesso, tesa a verificare la volontà attuale.

- 3. 115.** Roccella, Piso, Vaccaro, Binetti, Calabrò.

*Dopo il comma 5 aggiungere il seguente:*

*5-bis.* Le dichiarazioni anticipate di trattamento hanno validità per cinque anni, che decorrono dalla redazione dell'atto e devono essere inserite nella cartella clinica.

- 3. 116.** Calabrò, Binetti, Gigli.

*Dopo il comma 4, aggiungere il seguente:*

*4-bis.* La disposizione anticipata di trattamento ha validità per cinque anni dalla data di sottoscrizione dell'atto, salvo che sia subentrata l'incapacità del paziente.

- 3. 73.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:*

*5-bis.* Le dichiarazioni anticipate di trattamento hanno validità per cinque anni, salvo espressa riconferma da parte del dichiarante.

- 3. 184.** Rampelli, Cirielli, La Russa, Giorgia Meloni, Murgia, Nastri, Petrenga, Rizzetto, Tagliatela, Totaro.

*Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:*

*5-bis.* La dichiarazione anticipata di trattamento assume rilievo nel momento in cui è accertato che il soggetto 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 dal medico curante e due medici designati dalla di-

rezione sanitaria della struttura di ricovero o della azienda sanitaria locale di competenza.

- 3. 117.** Roccella, Piso, Vaccaro, Binetti, Calabrò.

*Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:*

*5-bis.* 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.

- 3. 118.** Fucci, Distaso, Latronico, Binetti, Calabrò.

*Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:*

*5-bis.* La dichiarazione anticipata di trattamento assume rilievo nel momento in cui è accertato che il soggetto 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 dal medico curante e due medici designati dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero o della azienda sanitaria locale di competenza.

**3. 189.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Gigli.

*Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:*

*5-bis.* Il medico non può prendere in considerazione orientamenti volti a cagionare la morte del paziente o comunque in contrasto con le norme giuridiche o la deontologia medica. Gli orientamenti sono valutati dal medico, sentito il fiduciario, in scienza e in coscienza, in applicazione del principio dell'inviolabilità della vita umana e della tutela della salute e della vita, secondo i principi di precauzione, proporzionalità e prudenza.

**\*3. 119.** Binetti, Buttiglione, De Mita, Roccella, Calabrò, Gigli.

*Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:*

*5-bis.* Il medico non può prendere in considerazione orientamenti volti a cagionare la morte del paziente o comunque in contrasto con le norme giuridiche o la deontologia medica. Gli orientamenti sono valutati dal medico, sentito il fiduciario, in scienza e in coscienza, in applicazione del principio dell'inviolabilità della vita umana e della tutela della salute e della vita, secondo i principi di precauzione, proporzionalità e prudenza.

**\*3. 120.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Archi, Biancofiore, Biasotti, Brambilla, Calabria, Carfagna, Catanoso, Centemero, Cesaro, Crimi, De Girolamo, Fabrizio Di Stefano, Gregorio Fontana, Riccardo Gallo, Garnerò Santanchè, Gelmini, Genovese, Giacomoni, Alberto Giorgetti, Gullo, Laffranco, Longo, Martinelli, Milanato, Occhiuto, Palmizio, Polidori, Polverini, Romele, Rotondi, Russo, Santelli, Sarro, Elvira Savino, Sandra Savino, Secco, Squeri, Valentini, Vella, Gigli.

*Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:*

*5-bis.* All'esordio di malattie acute ad esito non inevitabilmente infausto, il medico può disattendere il contenuto delle DAT fino a quando non sopravvenga nel paziente una perdita permanente nel paziente della capacità di manifestare le proprie volontà.

**3. 121.** Gigli, Sberna, Baradello, Binetti, Roccella, Calabrò.

*Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:*

*5-bis.* All'esordio di malattie acute nelle quali la perdita della capacità di manifestare le proprie volontà può essere transitoria, il medico può disattendere il contenuto delle DAT fino a che l'evoluzione del quadro clinico non faccia presumere che essa sia diventata permanente.

**3. 122.** Gigli, Sberna, Baradello, Binetti, Calabrò, Pagano, Pratavia, Castiello.

*Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:*

*5-bis.* Qualora il contenuto delle DAT appaia al medico manifestamente inappropriato, egli deve avvalersi di una consulenza collegiale prima di procedere a darne applicazione; l'eventuale decisione dei sanitari di non dare corso alle direttive del paziente è comunicata al fiduciario da questo designato.

**\*3. 123.** Gigli, Sberna, Baradello, Binetti, Roccella, Calabrò.

*Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:*

*5-bis.* Qualora il contenuto delle DAT appaia al medico manifestamente inappropriato, egli deve avvalersi di una consulenza collegiale prima di procedere a darne applicazione; l'eventuale decisione dei sanitari di non dare corso alle direttive del paziente è comunicata al fiduciario da questo designato.

**\*3. 174.** Palmieri, Brunetta, Sisto.

*Sopprimere il comma 6.*

*Conseguentemente, sostituire l'articolo 4 con il seguente:*

« 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, devono 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 im-

mediato, la dichiarazione anticipata di trattamento non si applica. ».

**3. 124.** Fucci, Distaso, Latronico, Binetti, Roccella, Calabrò.

*Sostituire i commi 6 e 7 con il seguente:*

6. Le DAT, una volta registrate sulla tessera sanitaria del soggetto, costituiscono un documento accessibile al medico responsabile della cura del paziente quando la sua condizione di non poter più intendere e volere si è stabilizzata. Il Data base ha carattere regionale e nazionale. Nel caso di richieste che potrebbero occasionare la morte anticipata del soggetto il medico valuta le richieste del paziente con un collegio medico di specialisti nominato dalla Direzione dell'ospedale.

**3. 125.** Binetti, Buttiglione, De Mita, Roccella, Calabrò.

*Al comma 6, primo periodo, aggiungere, in fine, le parole:* e sono controfirmate, a pena di nullità, anche dal medico del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionato che le predisponde.

**3. 127.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 6, primo periodo, dopo la parola:* privata *aggiungere le seguenti:* con sottoscrizione autenticata da un notaio o da pubblico ufficiale autorizzato alle autenticazioni e controfirmate dal medico che ha informato il paziente del significato e delle conseguenze delle sue scelte che garantisce della sua capacità di intendere e di volere delle sue condizioni di salute mentale al momento della sottoscrizione.

**3. 128.** Gigli, Sberna, Baradello, Binetti, Calabrò.

*Al comma 6, primo periodo, aggiungere, in fine, le seguenti parole:* con sottoscri-

zione autenticata dal notaio o da altro pubblico ufficiale e controfirmata da un medico dipendente del Servizio sanitario nazionale o convenzionato.

**3. 129.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Archi, Biancofiore, Biasotti, Brambilla, Calabria, Carfagna, Catanoso, Centemero, Cesaro, Crimi, De Girolamo, Fabrizio Di Stefano, Gregorio Fontana, Riccardo Gallo, Garnero Santanchè, Gelmini, Genovese, Giacomoni, Alberto Giorgetti, Gullo, Laffranco, Longo, Martinelli, Milanato, Occhiuto, Palmizio, Polidori, Polverini, Romele, Rotondi, Russo, Santelli, Sarro, Elvira Savino, Sandra Savino, Secco, Squeri, Valentini, Vella, Binetti, Calabrò, Gigli.

*Al comma 6, primo periodo, dopo le parole: scrittura privata aggiungere le seguenti: autenticata, ovvero per scrittura privata consegnata personalmente nelle mani di un cancelliere di un ufficio giudiziario.*

**3. 130.** Vazio, Morani, Gadda, Piccoli Nardelli, Manfredi, Magorno, Iori, Venittelli.

*Al comma 6, primo periodo, dopo le parole: scrittura privata aggiungere le seguenti: 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.*

**3. 130.** *(Testo modificato nel corso della seduta)* Vazio, Morani, Gadda, Piccoli Nardelli, Manfredi, Magorno, Iori, Venittelli.

**(Approvato)**

*Al comma 6, primo periodo, dopo le parole: scrittura privata aggiungere la seguente: autenticata.*

**\*3. 131.** Vazio, Morani, Gadda, Piccoli Nardelli, Manfredi, Magorno, Iori, Venittelli, Rubinato.

*Al comma 6 dopo le parole: scrittura privata aggiungere la seguente: autenticata.*

**\*3. 132.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 6, dopo il primo periodo, aggiungere il seguente: La redazione delle DAT presuppone necessariamente l'intervento di un medico dipendente del Servizio sanitario nazionale o convenzionato con esso, che possa offrire al dichiarante ogni informazione tecnica necessaria a prendere una decisione consapevole anche sotto il profilo medico scientifico, ovvero l'allegazione di una relazione medica illustrativa dei trattamenti sanitari da prevedere nelle DAT, redatta da un medico dipendente del Servizio sanitario nazionale o convenzionato con esso.*

**3. 134.** Vazio, Morani, Gadda, Piccoli Nardelli, Manfredi, Magorno, Iori, Venittelli, Rubinato, Gigli.

*Al comma 6, dopo il primo periodo aggiungere il seguente: Qualora vi siano più documenti scritti che soddisfano le predette condizioni di validità delle DAT, prevale il documento più recente.*

**3. 135.** Marazziti, Binetti, Roccella, Calabrò, Santerini.

*Al comma 6, sopprimere il secondo periodo.*

**3. 136.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 6, terzo periodo, aggiungerete parole:* facendo ivi comparire, a pena di nullità, il medico che le ha predisposte.

**3. 138.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 6, sostituire il quarto periodo con il seguente:* Fatta eccezione per il caso di sopraggiunta incapacità, la disposizione anticipata di trattamento ha durata di dieci anni, termine oltre il quale perde la sua efficacia. Alla sua scadenza la disposizione anticipata di trattamento può essere confermata, modificata o revocata secondo le modalità previste dall'articolo 1, comma 4 della presente legge.

**3. 200.** Parisi.

*Al comma 6, sostituire il quarto periodo con il seguente:* Le DAT restano valide per tre anni e possono essere revocate in qualsiasi momento, senza formalità, dalla persona che le abbia rilasciate. Possono essere sempre modificate, oppure possono essere confermate alla scadenza, secondo le modalità previste da questa legge.

**\*3. 139.** Binetti, Buttiglione, De Mita, Roccella, Calabrò, Gigli.

*Al comma 6, sostituire il quarto periodo con il seguente:* Le DAT restano valide per tre anni e possono essere revocate in qualsiasi momento, senza formalità, dalla persona che le abbia rilasciate. Possono essere sempre modificate, oppure possono essere confermate alla scadenza, secondo le modalità previste da questa legge.

**\*3. 140.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Archi, Biancofiore, Biasotti, Brambilla, Calabria, Carfagna, Catanoso, Centemero, Cesaro, Crimi, De Girolamo, Fabrizio Di Stefano, Gregorio Fontana, Riccardo Gallo, Garnerò Santanchè, Gelmini, Genovese, Giacomoni, Alberto Giorgetti, Gullo, Laffranco, Longo, Martinelli, Milanato, Occhiuto, Palmizio, Polidori, Polverini, Ravetto, Romele, Rotondi,

Russo, Santelli, Sarro, Elvira Savino, Sandra Savino, Secco, Squeri, Valentini, Vella.

*Al comma 6, quarto periodo, sostituire le parole:* , modificabili e revocabili in ogni momento *con le seguenti:* e modificabili in ogni momento. Sono invece revocabili con ogni forma, che prevale sulle precedenti espressioni ai sensi del presente articolo.

**3. 141.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 6, aggiungere, in fine, il seguente periodo:* Il disponente può scegliere se consegnare una copia delle DAT al Registro di cui al comma 7.

*Conseguentemente, sostituire i commi 7 e 8 con i seguenti:*

7. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, è istituito il Registro nazionale delle DAT all'interno del Sistema Tessera Sanitaria. Con il decreto di cui al periodo precedente sono individuate le modalità di raccolta delle DAT, di trattamento e di conservazione delle medesime, nonché gli obblighi di comunicazione, con cadenza almeno biennale, ai disponenti che abbiano consegnato una copia delle DAT al Registro. Il Registro nazionale è funzionalmente collegato con i registri regionali, ove esistenti.

8. Fino all'adozione del decreto di cui al comma 7, le regioni possono regolamentare l'inserimento delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, all'interno del Fascicolo sanitario elettronico ovvero del registro regionale delle DAT, ove istituiti.

9. A seguito dell'adozione del decreto di cui al comma 7, il Ministero della salute, le regioni e le aziende sanitarie locali, avviano, nell'ambito delle rispettive competenze, campagne informative concernenti la possibilità di predisporre le DAT in base alle disposizioni della presente legge.

10. All'attuazione delle disposizioni di cui al comma 9 si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**3. 142.** Marazziti, Gigli, Binetti, Calabrò, Santerini.

*Al comma 6, aggiungere, in fine, il seguente periodo:* Dopo due anni dalla sottoscrizione le DAT perdono efficacia.

**3. 144.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 6, aggiungere, in fine, il seguente periodo:* Le Dat, essendo il risultato di un colloquio tra medico e paziente, devono essere espresse in forma individuale, escludendo l'uso di formulazioni *standard* e moduli prestampati.

**3. 145.** Roccella, Piso, Vaccaro, Binetti, Calabrò.

*Al comma 6 aggiungere infine il seguente periodo:* Nei casi in cui si volessero revocare le DAT e ragioni di urgenza ed emergenza impedissero di procedere con le forme previste per la loro redazione, esse possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta e videoregistrata o fonoregistrata da un medico dipendente del Servizio sanitario nazionale o convenzionato con esso, con l'assistenza di due testimoni.

**3. 146.** Vazio, Morani, Gadda, Piccoli Nardelli, Manfredi, Magorno, Iori, Venittelli, Gigli.

*Al comma 6 aggiungere infine il seguente periodo:* Nei casi in cui ragioni di emergenza ed urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dal comma precedente, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

**3. 146.** *(Testo modificato nel corso della seduta)* Vazio, Morani, Gadda, Piccoli Nardelli, Manfredi, Magorno, Iori, Venittelli, Gigli.

**(Approvato)**

*Dopo il comma 6, aggiungere i seguenti:*

*6-bis.* Le strutture sanitarie pubbliche o private sono tenute a garantire il rispetto delle disposizioni anticipate di trattamento.

*6-ter.* I responsabili delle strutture sanitarie pubbliche o private, che non ottemperino a quanto disposto dal comma *6-bis*, sono tenuti, personalmente e per conto della struttura da cui dipendono, al risarcimento del danno, morale, esistenziale e materiale, provocato al paziente e ai suoi familiari dal mancato rispetto delle disposizioni anticipate di trattamento.

**3. 147.** Mantero, Silvia Giordano, Lorefice, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:*

*6-bis.* Le strutture sanitarie pubbliche o private sono tenute a garantire il rispetto delle disposizioni anticipate di trattamento.

**3. 148.** Mantero, Silvia Giordano, Lorefice, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:*

6-bis. Le volontà espresse in forma diversa dal presente articolo mantengono il valore comunque ad esse attribuito sulla base del dettato costituzionale.

**\*3. 151.** Mantero, Silvia Giordano, Lorefice, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:*

6-bis. Le volontà espresse in forma diversa dal presente articolo mantengono il valore comunque ad esse attribuito sulla base del dettato costituzionale.

**\*3. 152.** Mucci.

*Dopo il comma 6, aggiungere il seguente*

6-bis. In assenza di disposizioni anticipate di trattamento, il personale sanitario e medico deve tenere conto della volontà del paziente eventualmente manifestata in precedenza al fiduciario o, in mancanza di questo, amministratore di sostegno o al tutore, ove siano stati nominati, o, in mancanza di questi, nell'ordine: al coniuge o parte dell'unione civile o, in mancanza ai figli, o, in mancanza agli ascendenti.

**3. 153.** Mantero, Silvia Giordano, Lorefice, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso, Petraroli.

*Dopo il comma 6 aggiungere il seguente*

6-bis. È fatto divieto di ricostruire eventuali dichiarazioni di intenti o orientamenti irritualmente rilasciati o espressi dal paziente medesimo, indipendentemente dalla forma e dalla decorrenza temporale di tali manifestazioni di volontà.

**3. 154.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:*

6-bis. Le DAT, a cura del pubblico ufficiale di cui al comma 6, sono inserite nel codice fiscale con modalità tali da essere consultate in tempo reale su tutto il territorio nazionale dalle strutture sanitarie e dal personale sanitario, il tutto nel rispetto della tutela della *privacy*.

**3. 155.** Vazio, Morani, Gadda, Piccoli Nardelli, Manfredi, Magorno, Iori, Venittelli, Rubinato, Gigli.

*Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:*

6-bis. Le DAT sono inserite a cura del pubblico ufficiale di cui al comma 6 e conservate in un registro informatico, da istituire presso il Consiglio dell'ordine dei notai, ovvero presso altra struttura o ente pubblico, consultabile in tempo reale su tutto il territorio nazionale e al quale possano accedere le strutture sanitarie ed il personale sanitario, il tutto nel rispetto della tutela della *privacy*.

**3. 156.** Vazio, Morani, Gadda, Piccoli Nardelli, Manfredi, Magorno, Iori, Venittelli, Rubinato, Gigli.

*Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:*

6-bis. Se un soggetto capace di intendere e di volere è impossibilitato a redigere autonomamente la disposizione anticipata di trattamento, la stessa può essere redatta e sottoscritta da un pubblico ufficiale, anche presso il domicilio del disponente e senza oneri a suo carico ed è sottoscritta anche dal disponente. Se il disponente è altresì impossibilitato a sottoscrivere la disposizione se ne indica la causa. L'impossibilità di sottoscrivere la disposizione deve essere certificata da un medico e il certificato deve essere ad essa allegato.

**3. 157.** Silvia Giordano, Mantero, Lorefice, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Sostituire il comma 7 con i seguenti:*

7. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personale, è istituito il Registro nazionale delle DAT all'interno del Sistema Tessera Sanitaria. Con il decreto di cui al periodo precedente sono individuate le modalità di raccolta delle DAT, di trattamento e di conservazione delle medesime, nonché con cadenza quinquennale, gli obblighi di comunicazione indicante gli estremi della dati e le modalità per la sua eventuale modificazione o revoca, ai disponenti che abbiano consegnato una copia delle DAT al Registro. Il Registro nazionale è funzionalmente collegato con i registri regionali, ove esistenti.

8. Nelle more dell'adozione del decreto di cui al comma 7, le regioni possono regolamentare l'inserimento delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, all'interno del Fascicolo sanitario elettronico ovvero del registro regionale delle DAT, ove istituiti.

9. Il disponente può trasmettere una copia delle DAT al Registro nazionale delle DAT o, nelle more dell'adozione del decreto di cui al comma 7, al Fascicolo sanitario elettronico ovvero nel registro regionale delle DAT, ove istituiti.

**3. 196.** Mantero, Silvia Giordano, Nesci, Loreface, Grillo, Colonnese, Di Vita.

*Sostituire il comma 7 con il seguente:*

7. È istituito il registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento nell'ambito di un archivio unico nazionale informatico, il titolare del trattamento dei dati contenuti nell'archivio è il Ministero della salute. 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 possono compilare 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. Tutte le informazioni sulla possibilità di rendere la dichiarazione anticipata di trattamento sono rese disponibili anche attraverso il sito *internet* del Ministero della salute.

**3. 158.** Roccella, Piso, Vaccaro, Binetti, Calabrò.

*Sostituire il comma 7 con il seguente:*

7. È istituito il registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento nell'ambito di un archivio unico nazionale informatico, il titolare del trattamento dei dati contenuti nell'archivio è il Ministero della salute. 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 possono compilare 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. Tutte le informazioni sulla possibilità di rendere la dichiarazione anticipata di trattamento

sono rese disponibili anche attraverso il sito *internet* del Ministero della salute.

- 3. 190.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Binetti, Calabrò, Gigli.

*Sostituire il comma 7 con il seguente:*

7. Il contenuto delle DAT e l'indicazione del fiduciario sono inserite nella tessera sanitaria personale.

- 3. 159.** Gigli, Sberna, Baradello, Binetti, Roccella, Calabrò.

*Sostituire il comma 7 con il seguente:*

7. Con Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della Salute di concerto con il Ministro degli Affari regionali vengono disciplinate le modalità di compilazione delle DAT, nonché di inserimento delle stesse nel fascicolo sanitario elettronico, al fine di garantire la accessibilità delle stesse da parte dell'intero Sistema Sanitario Nazionale.

- 3. 160.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Sostituire il comma 7 con il seguente:*

7. Le Regioni utilizzano le modalità di conservazione delle DAT in maniera analoga a quelle previste dalla legge 91 del 1999.

- 3. 161.** Piccione, Taricco, Preziosi, Carrescia, Senaldi, Bazoli, Rubinato, Prina, Gigli, Palmieri.

*Al comma 7, dopo le parole: con proprio atto, regolamentare aggiungere le parole: in stretta coerenza con le indicazioni anche tecniche impartite in materia dal Ministero della Salute.*

- 3. 162.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 7, sopprimere le parole: lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.*

- 3. 163.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 7, sostituire le parole: lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili, con il seguente periodo: La efficiente reperibilità delle DAT da parte del personale del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionato è condizione di efficacia delle medesime.*

- 3. 164.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 7, aggiungere, in fine, il seguente periodo: È esclusa qualsiasi responsabilità in capo al soggetto esercente una professione sanitaria qualora le DAT non risultino efficacemente reperibili e conoscibili in tempi congrui con quelli richiesti dalla tecnica sanitaria ritenuta opportuna nel caso concreto.*

- 3. 165.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 7, aggiungere, in fine, il seguente periodo: La efficiente reperibilità delle DAT da parte del personale del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionato è condizione di efficacia delle medesime.*

- 3. 166.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 8, sostituire la parola: sessanta con: centoventi.*

- 3. 167.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 8, sostituire la parola: sessanta con: novanta.*

**3. 168.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 8, sostituire le parole: dalla data di entrata in vigore della presente legge con le seguenti: dal perfezionamento dei procedimenti previsti al comma 7.*

**3. 169.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 8, aggiungere, in fine, le parole: , anche attraverso i rispettivi siti web.*

**3. 170.** Fossati, Murer, Nicchi, Ricciatti, Scotto, Gregori.

**(Approvato)**

*Al comma 8, aggiungere, in fine, il seguente periodo. Per le medesime finalità, la Presidenza del Consiglio e il Ministero della Salute avviano idonee iniziative e campagne nazionali di informazione.*

**\*3. 171.** Nicchi, Murer, Fossati, Ricciatti, Scotto.

*Al comma 8, aggiungere, in fine, il seguente periodo. Per le medesime finalità, la Presidenza del Consiglio e il Ministero della Salute avviano idonee iniziative e campagne nazionali di informazione.*

**\*3. 181.** Gregori.

*Dopo il comma 8, aggiungere il seguente:*

9. Nel caso in cui il paziente non sia cosciente e non abbia dettato DAT, né abbia nominato un fiduciario, il coniuge, la parte in unione civile, il convivente o ciascuno dei parenti fino al quarto grado può rivolgersi al giudice tutelare, per chiedere l'autorizzazione all'interruzione dei trattamenti sanitari, ivi comprese la nutrizione e l'idratazione artificiali, per as-

secondare la volontà del paziente stesso, direttamente o implicitamente ma in modo univoco, manifestata nella vita pregressa.

**\*\*3. 172.** Nicchi, Murer, Fossati, Ricciatti, Scotto.

*Dopo il comma 8, aggiungere il seguente:*

9. Nel caso in cui il paziente non sia cosciente e non abbia dettato DAT, né abbia nominato un fiduciario, il coniuge, la parte in unione civile, il convivente o ciascuno dei parenti fino al quarto grado può rivolgersi al giudice tutelare, per chiedere l'autorizzazione all'interruzione dei trattamenti sanitari, ivi comprese la nutrizione e l'idratazione artificiali, per assecondare la volontà del paziente stesso, direttamente o implicitamente ma in modo univoco, manifestata nella vita pregressa.

**\*\*3. 182.** Gregori.

*Dopo il comma 8, aggiungere il seguente:*

9. Per quanto riguarda le DAT formulate per l'autorizzazione o meno a procedure complesse (tracheostomia, gastrostomia percutanea) che rappresentano per alcune gravi malattie neuro-degenerative delicate fasi di scelta, poiché comportano il prolungarsi o il ridursi del percorso di malattia, si rende necessaria la presenza di un medico specialista considerato competente (espressamente un anestesista rianimatore), al fine di garantire una DAT con la opportuna e responsabile descrizione dei vantaggi o degli svantaggi clinici apportati con l'accettazione di tali procedure, considerate altamente invasive e complesse per il paziente.

**3. 197.** Altieri.

*Dopo l'articolo 3, aggiungere il seguente:*

ART. 3-bis.

*(Registro nazionale delle DAT).*

1. È istituito il registro nazionale al quale afferiscono le informazioni conte-

nute nella tessera sanitaria personale che riguardano le DAT di tutte le persone che le abbiano redatte.

2. La banca dati del registro è consultabile con accesso online dalla rete informatica di tutte le aziende sanitarie.

3. La gestione del registro, l'individuazione delle modalità di raccolta delle DAT nonché di trattamento e di conservazione delle medesime e la definizione delle modalità di consultazione delle stesse da parte del personale del servizio sanitario nazionale sono affidate a una struttura di coordinamento nazionale, da realizzare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e acquisito il parere dell'autorità garante per la protezione dei dati personali, da emanare entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge. Con il decreto di cui al periodo precedente sono il Registro nazionale è funzionalmente collegato con i registri regionali, ove esistenti.

**3. 01.** Gigli, Sberna, Baradello, Binetti, Roccella, Calabrò.

*Dopo l'articolo 3, aggiungere il seguente:*

ART. 3-bis.

*(Registro nazionale delle Disposizioni anticipate di trattamento).*

1. Il Ministro della Salute, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, istituisce, con proprio decreto, il Registro nazionale delle disposizioni anticipate di trattamento, di seguito denominato « Registro nazionale ».

2. Con il medesimo decreto di cui al comma 1, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'articolo 20, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e previa intesa con

la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono determinati:

a) le modalità e i criteri per la tenuta del Registro nazionale, nonché per la presentazione, acquisizione e trasmissione delle DAT al medesimo Registro, individuando comunque le modalità e i criteri di presentazione e acquisizione delle DAT, più agevoli per i cittadini;

b) i soggetti che sono autorizzati ad acquisire le disposizioni anticipate di trattamento, e trasmetterle immediatamente al Ministero della Salute per essere inserite nel Registro nazionale;

c) le modalità per l'accesso al registro da parte dei soggetti di cui all'articolo 3;

3. Le disposizioni anticipate di trattamento sono valide e mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente, anche se non sono trasmesse e conservate nel Registro nazionale.

4. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**3. 02.** Murer, Nicchi, Fossati, Ricciatti, Scotto, Gregori.

*Dopo l'articolo 3, aggiungere il seguente:*

ART. 3-bis.

*(Redazione telematica della disposizione anticipata di trattamento).*

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute stabilisce, con proprio regolamento, le modalità di presentazione e di redazione telematica della disposizione anticipata di trattamento mettendolo a disposizione dell'utente sul sito internet istituzionale del Ministero della salute.

2. La disposizione anticipata di trattamento è parte integrante del Fascicolo

sanitario elettronico, istituito ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 22.

3. Resta salva la validità giuridica delle dichiarazioni redatte secondo l'articolo 5 della presente legge.

4. I soggetti che hanno redatto la disposizione anticipata di trattamento ai sensi del comma 1 possono modificare o revocare le loro dichiarazioni in qualunque momento accedendo al sistema tramite credenziali personali rilasciate dal Ministero della salute. Ogni cinque anni il medesimo Ministero invia ai soggetti indicati al primo periodo una comunicazione indicante gli estremi della disposizione anticipata di trattamento depositata e le modalità previste per la sua modificazione o revoca.

**3. 03.** Silvia Giordano, Mantero, Loreface, Colonnese, Nesci, Di Vita, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Dopo l'articolo 3, aggiungere il seguente:*

ART. 3-bis.

1. Le DAT possono essere redatte e presentate anche telematicamente sul sito internet istituzionale del Ministero della salute accedendo al sistema tramite credenziali personali rilasciate dal Ministero su richiesta degli interessati; le DAT possono essere modificate o revocate in qualunque momento accedendo al sistema tramite le medesime credenziali personali. Ogni cinque anni il Ministero della Salute invia ai soggetti che hanno redatto telematicamente la disposizione anticipata di trattamento una comunicazione indicante gli estremi della disposizione anticipata di trattamento depositata e le modalità per la sua modificazione o revoca.

**3. 05.** Silvia Giordano, Mantero, Loreface, Colonnese, Nesci, Di Vita, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Dopo l'articolo 3, aggiungere il seguente:*

ART. 3-bis.

1. Qualora l'interruzione di trattamenti sanitari causi direttamente la morte del paziente, il personale sanitario ed esercente le attività ausiliare non è tenuto a prendere parte alle procedure, quando abbia sollevato preventivamente obiezione di coscienza. La dichiarazione dell'obietto, nel caso di personale dipendente di un ospedale o di una casa di cura, deve essere comunicato al Direttore Sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento dell'abilitazione o dall'assunzione presso una struttura sanitaria.

2. L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione.

**3. 04.** Roccella, Piso, Vaccaro, Binetti, Calabrò.

#### A.C. 1142-A – Articolo 4

#### ARTICOLO 4 DEL TESTO UNIFICATO DELLA COMMISSIONE

ART. 4.

*(Pianificazione condivisa delle cure).*

1. Nella relazione tra medico e paziente 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, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico è tenuto ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

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 a proposito del possibile evolversi della patologia in atto, di quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, delle possibilità cliniche di intervenire, delle 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 videoregistrazione o dispositivi che consentono alla persona con disabilità di comunicare e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. L'atto di pianificazione delle cure può essere sempre modificato su richiesta del paziente, con le stesse forme di cui al periodo precedente.

5. Per quanto riguarda gli aspetti non espressamente disciplinati dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 3.

#### PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 4 DEL TESTO UNIFICATO

##### ART. 4.

*(Pianificazione condivisa delle cure).*

*Sopprimerlo.*

- 4. 1.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Sopprimere il comma 1.*

- 4. 2.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 1, sostituire le parole da: di cui all'articolo 1 fino a: e il medico, con le*

*seguenti: soprattutto nei casi di patologie croniche a carattere evolutivo va sempre realizzata una pianificazione delle cure condivisa.*

- 4. 3.** Binetti, Buttiglione, De Mita, Roccella, Calabrò, Gigli.

*Al comma 1, dopo le parole: comma 2 aggiungere la seguente: anche.*

- 4. 4.** Binetti, Buttiglione, De Mita, Roccella, Calabrò, Gigli.

*Al comma 1 sopprimere le parole: cronica e invalidante o.*

- 4. 5.** Gigli, Sberna, Baradello, Binetti, Roccella, Calabrò.

*Al comma 1, sopprimere le parole: condivisa tra il paziente e il medico.*

- 4. 6.** Mucci.

*Al comma 1 sostituire le parole: il medico, alla quale il medico con le seguenti: l'equipe sanitaria, alla quale il personale sanitario.*

- 4. 7.** Miotto.

*Al comma 1 sostituire le parole da: alla quale il medico fino a: è tenuto con le seguenti: alla quale il medico e l'equipe sanitaria, sono tenuti.*

- 4. 7.** *(Testo modificato nel corso della seduta)* Miotto.

**(Approvato)**

*Al comma 1, dopo le parole: tra il paziente e il medico aggiungere le seguenti: escluso ogni atto eutanascico.*

- 4. 10.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 1, sostituire le parole da:* alla quale il medico *fino alla fine del comma, con le seguenti:* in coerenza con le specifiche linee guida da emanarsi ai sensi dell'articolo 5 della legge contenente « disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita » al fine di valorizzare il rapporto medico-fiduciario fra paziente e operatore sanitario.

**4. 8.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 1, sostituire le parole:* alla quale il medico è tenuto ad attenersi *con le seguenti:* che il medico è tenuto a considerare nell'ambito delle propria autonomia professionale e deontologica.

**\*\*4. 9.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 1, sostituire le parole:* alla quale il medico è tenuto ad attenersi *con le seguenti:* che il medico è tenuto a considerare nell'ambito delle propria autonomia professionale e deontologica.

**\*4. 45.** Palmieri, Brunetta, Sisto.

*Al comma 1, sostituire le parole:* alla quale il medico è tenuto ad attenersi, *con le seguenti:* della quale il medico tiene conto.

**\*\*4. 11.** Binetti, Buttiglione, Roccella.

*Al comma 1, sostituire le parole:* alla quale il medico è tenuto ad attenersi, *con le seguenti:* della quale il medico tiene conto.

**\*\*4. 12.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 1, sostituire le parole:* alla quale il medico è tenuto ad attenersi, *con*

le seguenti: della quale il medico tiene conto.

**\*\*4. 13.** Calabrò, Gigli.

*Al comma 1, sostituire le parole:* alla quale il medico è tenuto ad attenersi, *con le seguenti:* della quale il medico tiene conto.

**\*\*4. 14.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Archi, Biancofiore, Biasotti, Brambilla, Calabria, Carfagna, Catanoso, Centemero, Cesaro, Crimi, De Girolamo, Fabrizio Di Stefano, Gregorio Fontana, Riccardo Gallo, Garnerò Santanchè, Gelmini, Genovese, Giacomoni, Alberto Giorgetti, Gullo, Laffranco, Longo, Martinelli, Milanato, Occhiuto, Palmizio, Polidori, Polverini, Romele, Rotondi, Russo, Santelli, Sarro, Elvira Savino, Sandra Savino, Secco, Squeri, Valentini, Vella.

*Al comma 1, sostituire le parole:* è tenuto ad *con la seguente:* può.

**4. 16.** Palmieri, Brunetta, Sisto, Archi, Biancofiore, Biasotti, Brambilla, Calabria, Carfagna, Catanoso, Centemero, Cesaro, Crimi, De Girolamo, Fabrizio Di Stefano, Gregorio Fontana, Riccardo Gallo, Garnerò Santanchè, Gelmini, Genovese, Giacomoni, Alberto Giorgetti, Gullo, Laffranco, Longo, Martinelli, Milanato, Occhiuto, Palmizio, Polidori, Polverini, Romele, Rotondi, Russo, Santelli, Sarro, Elvira Savino, Sandra Savino, Secco, Squeri, Valentini, Vella, Binetti, Calabrò, Gigli.

*Al comma 1 dopo la parola:* attenersi *aggiungere le seguenti:* salvo che si tratti di trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali.

**4. 17.** Calabrò, Binetti, Gigli.

*Al comma 1, dopo la parola: attenersi, aggiungere le seguenti:* nei limiti di cui all'articolo 1, comma 7.

**4. 18.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 1, aggiungere, in fine, le parole:* fatta salva ogni valutazione del medico in ordine a circostanze non considerate nella relazione medica o sopravvenute rispetto alla stessa.

**4. 20.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo:* Il medico propone l'aggiornamento della relazione di cura al sopraggiungere di terapie non prevedibili al momento della sottoscrizione iniziale, che deve comunque prioritariamente considerare nell'esplicazione della propria autonomia professionale.

**4. 21.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo:* Sopraggiunta una situazione di incapacità di determinarsi, il fiduciario può revocare e o chiedere di modificare, anche senza formalità, contenuti della relazione di cura che comportino esiti infausti o gravemente lesivi per il paziente.

**4. 22.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 1 aggiungere, in fine, il seguente periodo:* Il medico non può attuare previsioni della relazione di cura che comportino possibili esiti infausti senza il consenso informato del fiduciario.

**4. 23.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo:* Qualora il paziente si trovi in una delle condizioni descritte all'articolo 2, si applicano le disposizioni ivi previste.

**4. 24.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo:* Nella relazione di cui al presente comma è obbligatoriamente indicato un fiduciario, ai sensi dell'articolo 3 della presente legge.

**4. 25.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Sopprimere il comma 2.*

**4. 26.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 2, sopprimere le parole:* di quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita,.

**4. 27.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Sopprimere il comma 3.*

**4. 28.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 3, dopo le parole:* del comma 2, e *aggiungere la seguente:* facoltativamente.

**4. 30.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 3, dopo le parole:* , e i propri intendimenti per il futuro.

**4. 31.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 3, sopprimere la parola: eventuale.*

**4. 32.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 3, aggiungere, in fine, il seguente periodo: In caso di contrasto fra la pianificazione delle cure di cui al comma 1 e quanto dichiarato dal paziente ai sensi del comma 3, prevalgono i contenuti dello strumento pianificatori o previsto al comma 1.*

**4. 33.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Dopo il comma 3, aggiungere il seguente:*

*3-bis.* In caso di diagnosi medica con prognosi infausta e irreversibile, il paziente che decide di rifiutare o interrompere i trattamenti sanitari in corso ha diritto che tale interruzione sia accompagnata da una sedazione palliativa continua profonda, se richiesto anche presso il proprio domicilio.

**4. 34.** Mantero, Silvia Giordano, Lorefice, Di Vita, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

*Sopprimere il comma 4.*

**4. 35.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 4, primo periodo sopprimere la parola: eventuale.*

**4. 37.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 4, primo periodo, sostituire le parole: nella cartella clinica e nel fascicolo con le seguenti parole: nella cartella clinica o nel fascicolo.*

**4. 40.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 4, dopo il primo periodo, aggiungere il seguente: Gli atti di cui ai commi 1, 2 e 3 sono controfirmati, a pena di nullità, anche dal medico del Servizio sanitario Nazionale o convenzionato che li predispone.*

**4. 41.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 4, sostituire il secondo periodo con il seguente: La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia su richiesta della persona malata.*

**4. 60.** Casati.

*Al comma 4, sostituire il secondo periodo con il seguente: La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.*

**4. 60.** (Testo modificato nel corso della seduta) Casati.

**(Approvato)**

*Dopo il comma 4, aggiungere il seguente:*

*4-bis.* Nei soli casi in cui il paziente si trovi in condizioni gravi e irreversibili, refrattarie ai mezzi terapeutici e alle cure palliative e con prognosi negativa di sopravvivenza a breve termine, e sia espressa da parte sua la volontà di evitare ulteriori sofferenze fisiche e il prolungamento della vita attraverso atti di ostinazione terapeutica irragionevole, i medici che lo hanno in cura presso il suo domicilio o nella struttura in cui è ricoverato potranno praticargli un trattamento idoneo a indurlo allo stato di sedazione profonda e continua fino a che sopraggiunga il decesso, in associazione alla somministrazione di analgesici e alla sospensione di ogni altra cura. La relativa decisione sanitaria è

adottata con procedura collegiale, al fine di verificare che effettivamente ricorrano le condizioni per poterla esercitare.

- 4. 42.** Gigli, Sberna, Baradello, Binetti, Roccella, Calabrò.

*Sopprimere il comma 5.*

- 4. 43.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 5, aggiungere, in fine, le parole: , fatta eccezione per la sospensione delle pratiche di nutrizione e idratazione artificiali.*

- 4. 61.** Rampelli, Cirielli, La Russa, Giorgia Meloni, Murgia, Nastri, Petrenga, Rizzetto, Tagliatela, Totaro.

*Aggiungere, in fine, il seguente comma:*

*5-bis.* Nel caso in cui il paziente non sia cosciente e non abbia dettato DAT, né abbia nominato un fiduciario, il coniuge, la parte in unione civile, il convivente o ciascuno dei parenti fino al quarto grado, può rivolgersi al giudice tutelare per chiedere l'autorizzazione all'interruzione dei trattamenti sanitari, ivi comprese la nutrizione l'idratazione artificiali, per assecondare la volontà del paziente stesso, direttamente o implicitamente manifestata nella vita pregressa in modo univoco.

- 4. 44.** Mucci.

*Dopo l'articolo 4, aggiungere il seguente:*

ART. 4-*bis*.

1. Al fine di garantire e 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.

2. 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 e dall'accordo 5 maggio 2011, n. 44/CU, sulle Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza. L'assistenza domiciliare, di norma, è garantita dall'azienda sanitaria locale competente della regione nel cui territorio si trova il soggetto in stato vegetativo.

- 4. 01.** Roccella, Piso, Vaccaro, Binetti, Calabrò.

#### **A.C. 1142-A – Articolo 5**

#### **ARTICOLO 5 DEL TESTO UNIFICATO DELLA COMMISSIONE**

ART. 5.

*(Norma transitoria).*

1. Ai documenti atti ad esprimere le volontà del disponente in merito ai trattamenti sanitari, depositati presso il comune di residenza o davanti a un notaio prima della data di entrata in vigore della presente legge, si applicano le disposizioni della medesima legge.

#### **PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 5 DEL TESTO UNIFICATO**

ART. 5.

*(Norma transitoria).*

*Sopprimerlo.*

- \*5. 1.** Gigli, Sberna, Baradello, Binetti, Calabrò.

*Sopprimerlo.*

**\*5. 2.** Roccella, Piso, Vaccaro.

*Sopprimerlo.*

**\*5. 3.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano.

*Sopprimerlo.*

**\*5. 4.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Sostituirlo con il seguente:*

ART. 5.

La presente legge diviene applicabile alla conclusione dell'*iter* di ratifica avviato con legge 28 marzo 2001, n. 145 della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, sottoscritta ad Oviedo nel 1997.

**5. 5.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Sostituirlo con il seguente:*

ART. 5.

1. I documenti atti ad esprimere le volontà del dichiarante in merito ai trattamenti sanitari, depositati presso il comune di residenza o davanti a un notaio prima della data di entrata in vigore della presente legge, sono nulli.

**5. 6.** Roccella, Piso, Vaccaro, Binetti, Calabrò.

*Sostituirlo con il seguente:*

ART. 5.

1. Eventuali dichiarazioni di intenti o 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.

**5. 7.** Pagano, Fedriga, Molteni, Simonetti, Invernizzi.

*Al comma 1, sopprimere le parole:* presso il comune di residenza o.

**5. 8.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo:* Le DAT depositate hanno valore solo se in linea con i principi espressi dalla presente legge.

**5. 9.** Binetti, Buttiglione, De Mita, Roccella, Calabrò, Gigli.

*Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:*

ART. 5-bis.

*(Norme in materia di eutanasia).*

1. Ai fini del presente articolo per trattamento eutanasi si intende la somministrazione, da parte del personale medico o sanitario, di farmaci aventi lo scopo di provocare, con il consenso del paziente, la sua morte immediata.

2. Il paziente, maggiore di età e capace di intendere e di volere, affetto da una patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta e irreversibile, senza alcuna prospettiva di sopravvivenza o le cui sofferenze fisiche o psichiche sono costanti e insopportabili, ha diritto di richiedere il trattamento eutanasi.

3. La richiesta del paziente deve essere espressione di una scelta piena, libera, certa e consapevole, ben ponderata e volontaria e deve essere redatta alla presenza di almeno due testimoni, datata e sottoscritta dal disponente e dai testimoni. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, possono es-

sere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare.

4. Il paziente può revocare la sua richiesta in ogni momento. In tale caso, la dichiarazione di cui al comma 3 è ritirata dalla cartella clinica e riconsegnata al paziente.

5. Il medico e il personale sanitario, prima di praticare il trattamento eutanasi, sono tenuti ad accertare che perduri lo stato di sofferenza fisica o psichica del paziente e che permanga l'intenzione di chiedere il trattamento eutanasi, informandolo sulla sua situazione clinica e sulle sue prospettive di vita, nonché sulle possibilità terapeutiche ancora attuabili e sui trattamenti palliativi e sulle loro conseguenze. Il medico e il personale sanitario sono tenuti altresì a garantire che il trattamento eutanasi rispetti la dignità del paziente e non provochi allo stesso sofferenze fisiche nonché ad informare, se richiesto dal paziente, le persone di fiducia indicate dallo stesso.

6. La dichiarazione documentata del paziente, la documentazione relativa alla procedura seguita dal medico curante con i relativi risultati, nonché il rapporto redatto dal medico o dai medici consultati, sono inseriti nella cartella clinica del paziente.

7. Il medico e il personale sanitario che praticano il trattamento eutanasi non sono punibili se prestano la propria opera alle condizioni e con le procedure previste dal presente articolo e tali condotte non integrano gli estremi dei reati di cui agli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale.

8. Le strutture sanitarie pubbliche sono tenute a garantire il rispetto della volontà manifestata ai sensi del comma 3 del presente articolo anche in caso di obiezione di coscienza da parte del personale medico e sanitario.

9. La persona deceduta a seguito di un trattamento eutanasi, praticato in conformità alle condizioni e alle procedure stabilite dal presente articolo, è dichiarata deceduta di morte naturale a tutti gli effetti di legge.

10. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministero della salute, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni, con decreto, individua le modalità necessarie a garantire in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale la corretta applicazione della presente legge, nel rispetto della dignità del paziente e dei suoi familiari.

11. Il Ministro della salute presenta annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione del presente articolo.

**5. 01.** Caso, Fico, Mantero, Silvia Giordano, Brescia, Loreface, Colonnese, Grillo, Di Vita, Nesci, Baroni, Di Benedetto, Liuzzi, Lupo, Dell'Orco, Crippa, Nuti, Civati, Nicchi, Tripiedi, Spadoni, Simone Valente, D'Uva, Massimiliano Bernini.

#### **A.C. 1142-A – Articolo 6**

### **ARTICOLO 6 DEL TESTO UNIFICATO DELLA COMMISSIONE**

#### **ART. 6.**

*(Clausola di invarianza finanziaria).*

1. Le amministrazioni pubbliche interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni della presente legge nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a disposizione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

### **PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE ALL'ARTICOLO 6 DEL TESTO UNIFICATO**

#### **ART. 6.**

*(Clausola di invarianza finanziaria).*

*Al comma 1, aggiungere, in fine, le parole: , ad eccezione degli oneri necessari*

per l'istituzione e il funzionamento dello strumento nazionale per la conservazione delle DAT o per il coordinamento sul territorio di tale funzione.

- 6. 1.** Menorello, Gigli, Binetti, Pagano, Roccella, Calabrò.

*Dopo l'articolo 6 aggiungere il seguente:*

ART. 6-bis.

1. Entro il mese di aprile, a partire dall'anno successivo all'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute presenta al parlamento una relazione sull'applicazione della legge stessa. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di febbraio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministero della salute. Analoga relazione presenta il ministro della giustizia per quanto riguarda le questioni di specifica competenza del suo dicastero.

- 6. 01.** Roccella, Piso, Vaccaro, Binetti, Calabrò.

*Dopo l'articolo 6 aggiungere il seguente:*

ART. 6-bis.

1. Entro il mese di aprile, a partire dall'anno successivo all'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute presenta al parlamento una relazione sull'applicazione della legge stessa. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di febbraio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministero della salute.

- 6. 01.** *(Testo modificato nel corso della seduta)* Roccella, Piso, Vaccaro, Binetti, Calabrò.

**(Approvato)**

*Dopo l'articolo 6 aggiungere il seguente:*

ART. 6-bis.

1. Eventuali dichiarazioni di intenti o 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.

- 6. 02.** Roccella, Piso, Vaccaro, Binetti, Calabrò.

*Sostituire il titolo con il seguente:*  
Norme in materia di consenso informato, di disposizioni anticipate di trattamento e di pianificazione condivisa delle cure.

- Tit. 1.** Marazziti, Binetti, Roccella, Calabrò, Santerini.

#### **A.C. 1142-A – Ordini del giorno**

#### ORDINI DEL GIORNO

La Camera,

premessi che:

il provvedimento, all'esame di quest'Aula, affronta i delicatissimi temi del consenso informato, disciplinandone modalità di espressione e di revoca e ordina in merito alle disposizioni anticipate di trattamento, con le quali il dichiarante stabilisce, in linea di massima, i propri orientamenti sul « fine vita » nell'ipotesi in cui sopravvenga una perdita irreversibile della capacità di intendere e di volere;

in particolare, rilevano le norme contenute nell'articolo 2 del presente provvedimento che disciplinano la materia in merito ai minori ed agli incapaci;

a tal proposito, si vuole porre l'attenzione ai casi in cui i genitori si separino e divorzino. Qui, ai sensi di quanto disposto dalla Legge dell'8 febbraio 2006, n. 54, « Disposizioni in materia di separazione

dei genitori e affidamento condiviso dei figli», all'articolo 1, che ha sostituito l'articolo 155 del Codice Civile, si stabilisce che anche in caso di separazione personale dei genitori, la potestà genitoriale, è esercitata da entrambi e in caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Naturalmente nelle fattispecie di cui alla presente legge la remissione della decisione al giudice potrebbe richiedere dei tempi non compatibili con le finalità della legge;

l'acquisizione del consenso che, deve essere comune, anche nel caso di genitori separati o divorziati o non conviventi, nel rispetto delle disposizioni sopra citate, pone il problema dell'espressione del consenso in questi specifici casi,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di adottare ulteriori iniziative normative volte a prevedere una disposizione che specifichi che, nei casi di separazione, divorzio o non convivenza, devono comunque essere compilati ed acquisiti due moduli di consenso.

9/1142-A/1. Nesi.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in oggetto fa riferimento alle questioni attinenti al consenso informato e alla dichiarazione di volontà anticipata nei trattamenti sanitari riguardanti una delle tematiche più complesse e delicate dal punto di vista etico e sociale coinvolgendo diversi diritti fondamentali;

l'articolo 1 del provvedimento in esame se da un lato afferma che il consenso informato trova attuazione laddove « si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza professionale, l'autonomia e la responsabilità del medico » dall'altro introduce disposizioni in contrasto con quest'ultima affermazione prevedendo, in capo al medico, l'obbligo di

ottemperare la richiesta espressa dal paziente qualsiasi ne sia il contenuto stravolgendo la finalità della medicina che invece di tutelare la vita includerebbe altri comportamenti diretti a terminare la vita dei pazienti ove richiesto,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di prevedere, anche in successivi interventi normativi, una definizione più precisa per quanto riguarda la libertà del paziente nella dichiarazione di volontà anticipata e gli obblighi e le responsabilità del medico.

9/1142-A/2. Matarrelli.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame prevede che, al fine di promuovere e di valorizzare la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico, nell'atto fondante, che è il consenso informato, si incontrino l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico in cui sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di prevedere, anche in successivi interventi normativi, che si ponga maggiore attenzione al consenso informato come atto del paziente in cui può coinvolgere anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia piuttosto che venga specificato che è un atto in cui si incontra l'autonomia del paziente e la responsabilità del medico.

9/1142-A/3. Turco, Artini, Baldassarre, Bechis, Segoni.

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame dovrebbe disciplinare il caso in cui il paziente non sia cosciente e manchi la volontà espressa in un DAT prevedendo che in tal caso, qualora non abbia neanche nominato un fiduciario, il coniuge, la parte in unione civile, il convivente o ciascuno dei parenti fino al quarto grado, possa rivolgersi al giudice tutelare per chiedere l'autorizzazione all'interruzione dei trattamenti sanitari, ivi comprese la nutrizione idratazione artificiali, per assecondare la volontà del paziente stesso, direttamente o implicitamente manifestata nella vita pregressa in modo univoco,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di prevedere, anche in successivi interventi normativi, che, in caso di mancanza di volontà espressa in un DAT e, qualora non sia stato nominato un fiduciario, venga permesso al coniuge, alla parte in unione civile, al convivente o a ciascuno dei parenti fino al quarto grado, di rivolgersi al giudice tutelare per chiedere l'autorizzazione all'interruzione dei trattamenti sanitari, ivi comprese la nutrizione idratazione artificiali, per assecondare la volontà del paziente stesso, direttamente o implicitamente manifestata nella vita pregressa in modo univoco.

9/1142-A/4. Baldassarre, Artini, Bechis, Segoni, Turco.

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame dispone che il rifiuto del trattamento sanitario indicato dal medico o la rinuncia al medesimo non possono comportare l'abbandono terapeutico e che sono quindi sempre assicurati il coinvolgimento del medico di famiglia e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 senza tuttavia prevedere che il sud-

detto coinvolgimento avvenga su richiesta del paziente nè che per l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 si permetta al paziente di scegliere anche la sedazione palliativa continua profonda;

il provvedimento in esame dispone inoltre che nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico assicura l'assistenza sanitaria indispensabile, ove possibile nel rispetto della volontà del paziente mentre sarebbe necessario rispettare sempre la suddetta volontà qualora questa sia prontamente e chiaramente nota e disponibile,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di prevedere, anche in successivi interventi normativi, che il coinvolgimento del medico di famiglia avvenga su richiesta del paziente al quale sia permesso di scegliere anche la sedazione profonda come cura palliativa.

9/1142-A/5. Segoni, Artini, Baldassarre, Bechis, Turco.

La Camera,

premessi che:

il provvedimento in esame dispone inoltre che ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie convinzioni e preferenze in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto a scelte diagnostiche o terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, comprese le pratiche di nutrizione e idratazione artificiali, mentre sarebbe opportuno che chiunque potesse esprimere la volontà non necessariamente in previsione di una futura incapacità di autodeterminarsi,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di prevedere, anche in successivi interventi normativi, che nella DAT il paziente possa esprimere la

propria volontà non necessariamente in previsione di una futura incapacità di autodeterminarsi.

9/1142-A/6. Bechis, Artini, Baldassarre, Segoni, Turco.

La Camera,

premesso che:

il testo unificato delle proposte di legge A.C. 1142 ed abbinata recante « Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari » affronta i temi del consenso informato, disciplinandone modalità di espressione e di revoca, legittimazione ad esprimerlo e a riceverlo, ambito e condizioni, e delle disposizioni anticipate di trattamento, con le quali il dichiarante enuncia, in linea di massima, i propri orientamenti sul « fine vita » nell'ipotesi in cui sopravvenga una perdita irreversibile della capacità di intendere e di volere;

in particolare, l'articolo 3 prevede e disciplina le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) stabilendo:

al comma 7, che le Regioni che adottino 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 in banca dati, lasciando in ogni caso al firmatario la libertà di scegliere se darne copia od indicare dove esse siano reperibili;

al comma 8, che entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge il Ministero della salute, le Regioni e le aziende sanitarie provvedono a dare le

necessarie informazioni circa la possibilità di redigere le DAT,

impegna il Governo

ad adottare misure circa le modalità di conservazione delle DAT, nel caso in cui le Regioni non adottino previsioni apposite, come sancito solo in via eventuale dal comma 7, attraverso la realizzazione di un registro informatico presso il Ministero della Salute o presso il Consiglio dell'ordine dei notai, ovvero presso altra struttura o ente Pubblico, consultabile in tempo reale su tutto il territorio nazionale e al quale possano accedere le strutture sanitarie, nel rispetto della tutela della *privacy*.

9/1142-A/7. Cristian Iannuzzi.

La Camera,

premesso che:

la legge sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento interviene su una materia delicatissima, che pone al centro dell'attenzione del legislatore la dignità della persona e la sua libertà di scelta, ma anche le tematiche relative alla garanzia dell'assistenza e al supporto alla qualità della vita di ciascun individuo;

in tale legge viene ribadita la ricusazione di ogni forma di accanimento terapeutico, ma viene anche sottolineata la necessità di dare ogni possibile supporto assistenziale, terapeutico e tecnologico al paziente bisognoso di cure;

la valutazione attuale o in prospettiva della DAT della qualità della vita dell'individuo rappresenta comunque una valutazione personale, differente da caso a caso, che non è stata certo standardizzata attraverso una disposizione di legge, ma continua ad essere sempre frutto della percezione individuale, che è spesso differente non soltanto in relazione alla sofferenza fisica di una persona, ma anche del diverso contesto che circonda l'individuo, incidendo sulla sua complessiva percezione della realtà e sulle sue motivazioni esistenziali;

che le attuali scelte legislative del Parlamento appaiono ancora più convincenti perché accompagnate alla determinata convinzione di voler garantire a ciascun malato in condizioni di crescente sofferenza fisica tutti i supporti terapeutici farmacologici, tecnologici e psicologici che lo aiutino a convivere in equilibrio con la sua situazione esistenziale;

che l'equilibrato atteggiamento normativo sul « fine vita » che emerge dalla norma appena approvata scaturisce dal sistema valoriale del nostro Paese, fondato sulla solidarietà, sulla coesione sociale e sulla protezione delle fasce deboli della popolazione, alle quali sicuramente appartengono i cittadini affetti da gravi malattie;

la stessa protezione sociale va sempre estesa anche alle famiglie dei pazienti in condizioni di grave sofferenza psicofisica, che devono essere adeguatamente accompagnate dal nostro sistema assistenziale, in modo da poter adeguatamente supportare il proprio congiunto anche nelle fasi più problematiche e di maggior sofferenza esistenziale;

che i valori liberali della tutela del diritto alla libera scelta individuale devono essere coniugati ai valori sociali generali della protezione delle fasce più deboli della popolazione e degli individui maggiormente esposti alla sofferenza psicofisica,

impegna il Governo

a garantire e a rafforzare tutte le misure di protezione assistenziale e di sostegno psicologico ai pazienti che vivono drammatiche situazioni sanitarie che necessitano di forme di assistenza meccanica e terapeutica indispensabili per garantire la sopravvivenza, impegnandosi anche a fornire ogni possibile supporto terapeutico assistenziale e psicologico anche alle loro famiglie.

9/1142-A/8. Vargiu, Matarrese.

La Camera,

premessi che:

l'articolo 32 della Costituzione, prevede, al primo comma, la tutela della salute « come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività » e dispone, al secondo comma, che « 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 »;

con la sentenza n. 438 del 2008 la Corte costituzionale, ha stabilito che il consenso informato, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'articolo 2, negli articoli 13 e 32 della Costituzione;

la stessa Corte costituzionale, nella medesima sentenza, ha precisato che « la circostanza che il consenso informato trova il suo fondamento negli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'articolo 32, secondo comma, della Costituzione »;

con la sentenza n. 262 del 2016 il Giudice costituzionale è intervenuto anche in merito alle dichiarazioni anticipate di trattamento è intervenuta la sentenza n. 262 del 2016 della Corte costituzionale, stabilendo che « l'attribuzione di un rilievo pubblico a tali manifestazioni di volontà, espressive della libertà di cura [...], implica la necessità di una articolata rego-

lamentazione [...] e interferisce nella materia dell'«ordinamento civile», attribuita in maniera esclusiva alla competenza legislativa dello Stato dall'articolo 117, comma secondo, lettera l), della Costituzione. D'altra parte, data la sua incidenza su aspetti essenziali della identità e della integrità della persona, una normativa in tema di disposizioni di volontà relative ai trattamenti sanitari [...] — al pari di quella che regola la donazione di organi e tessuti — necessita di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di eguaglianza, ratio ultima della riserva allo Stato della competenza legislativa esclusiva in materia di «ordinamento civile», disposta dalla Costituzione»,

impegna il Governo:

a verificare che le aziende sanitarie pubbliche e private garantiscano la piena e corretta attuazione dei principi contenuti nella legge;

a predisporre idonee campagne di comunicazione volte ad assicurare l'informazione necessaria ai pazienti e, coinvolgendo gli organi professionali, a fornire un'adeguata formazione del personale;

a provvedere a relazionare annualmente al Parlamento sull'attuazione della legge, sui suoi effetti, segnalando ogni criticità evidenziata.

9/1142-A/9. Ciracì.

La Camera,

premesso che:

il presente provvedimento, all'articolo 1, riconosce che ogni persona non solo ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi e ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, ma ha anche la possibi-

lità di rifiutare (o rinunciare a) gli accertamenti e i trattamenti sanitari, incluse la nutrizione e l'idratazione artificiali,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di predisporre e sostenere, d'intesa con le regioni e con il supporto delle associazioni di volontari e di membri della società civile che operano nel settore, moduli formativi per il personale medico e sanitario volti, su base volontaria, a fornire indicazioni sulle modalità e sugli strumenti di assistenza e supporto ai pazienti e ai loro familiari in modo che essi possano essere pienamente consapevoli dell'importanza del consenso informato nonché della possibilità di rifiutare o rinunciare ai trattamenti cui non desiderano essere sottoposti.

9/1142-A/10. Marzano.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento affronta i delicati temi del consenso informato — disciplinandone modalità di espressione e di revoca, legittimazione ad esprimerlo e a riceverlo, ambito e condizioni — e delle disposizioni anticipate di trattamento, con le quali il dichiarante enuncia i propri orientamenti sul «fine vita» nell'ipotesi in cui sopravvenga una perdita irreversibile della capacità di intendere e di volere;

pur avendo la Corte costituzionale, in tema di dichiarazioni anticipate di trattamento, con Sentenza 262/2016 stabilito che «l'attribuzione di un rilievo pubblico a tali manifestazioni di volontà, espressive della libertà di cura (*ex multis*, sentenze n. 438 del 2008; n. 282 del 2002; n. 185 del 1998; n. 307 del 1990), implica la necessità di una articolata regolamentazione [...] e interferisce nella materia dell'«ordinamento civile», attribuita in maniera esclusiva alla competenza legislativa dello Stato dall'articolo 117, comma secondo, lettera i), della Costituzione», è fondamentale, per una piena e corretta

attuazione dei principi contenuti nella proposta di legge, l'uniformità della sua applicazione su tutto il territorio nazionale, sia nelle aziende sanitarie pubbliche che private;

in particolare, occorrono indirizzi univoci per le modalità telematiche di gestione della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico che regolamentino la raccolta delle DAT, nonché, per la necessaria informazione a pazienti e personale medico,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di predisporre opportune linee guida da concordare in Conferenza Unificata con regioni ed enti locali.

9/1142-A/**11**. Palese.

La Camera,

premesso che:

il testo in esame reca « Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari » e detta le linee generali di disciplina del consenso informato, prevedendo che nessun trattamento sanitario possa essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge;

la legge pone al centro dell'attenzione la dignità della persona e la sua libertà di scelta, ma anche le tematiche relative alla garanzia dell'assistenza e al supporto alla qualità della vita di ciascun individuo;

viene stabilito che il rifiuto o la rinuncia al trattamento sanitario non possono comportare l'abbandono terapeutico. Sono sempre assicurati il coinvolgimento del medico di famiglia e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge n. 38 del 2010 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore);

viene stabilito che nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico assicura l'assistenza sanitaria indispensabile rispettando, ove possibile, la volontà del paziente e che ogni azienda sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena attuazione dei principi della legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e la formazione adeguata del personale;

la legge ribadisce la riconsiderazione di ogni forma di accanimento terapeutico, ma viene anche sottolineata la necessità di dare ogni possibile supporto assistenziale, terapeutico e tecnologico al paziente bisognoso di cure;

il principio è quello di voler garantire a ciascun malato in condizioni di crescente sofferenza fisica tutti i supporti terapeutici farmacologici, tecnologici e psicologici che lo aiutino a convivere in equilibrio con la sua situazione esistenziale,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di garantire in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale l'applicazione dei LEA relativamente alle cure palliative e all'assistenza domiciliare dei pazienti in coma.

9/1142-A/**12**. Mucci.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento affronta e cerca di normare il « fine vita » attraverso lo strumento delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), con le quali la persona esprime le proprie decisioni sul suo « fine vita », nell'ipotesi in cui in futuro sopravvenga una perdita irreversibile della sua capacità di intendere e di volere o comunque di autodeterminarsi;

nelle disposizioni anticipate di trattamento si potranno indicare le proprie preferenze in materia di trattamenti sani-

tari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto a scelte diagnostiche o terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari;

circa la forma con cui vengono espresse le DAT viene stabilito che esse debbano essere redatte per atto pubblico, o per scrittura privata. Le regioni potranno regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati;

rimangono in ogni caso non determinate le modalità e i criteri per la presentazione, acquisizione e trasmissione delle disposizioni anticipate di trattamento,

impegna il Governo:

a prevedere l'istituzione, d'intesa con le regioni e le province autonome e sentito il Garante per la protezione dei dati personali, di un Registro nazionale delle disposizioni anticipate di trattamento, individuando le modalità più agevoli per i cittadini e i criteri di presentazione, acquisizione e trasmissione delle DAT al medesimo Registro;

a prevedere che le disposizioni anticipate di trattamento, siano comunque valide e mantengano efficacia in merito alle volontà del disponente, anche se non sono trasmesse e conservate nel Registro nazionale.

9/1142-A/**13**. Murer, Fossati, Nicchi, Fontanelli.

La Camera,

premessi che:

con la legge 15 marzo 2010, n. 38, il nostro Paese si è dotato di una legislazione volta a garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore;

l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le Cure Palliative come « un approccio integrato in grado di migliorare la qualità di vita dei malati e delle

loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie in guaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica psicosociale e spirituale »;

le Cure Palliative sono sempre più volte a garantire a malati affetti da patologie croniche, nel loro ultimo periodo di vita, e ai loro familiari, una qualità di vita e di assistenza migliore;

la continuità assistenziale del malato, dalla struttura ospedaliera al suo domicilio, dovrebbero essere garantite dalla rete nazionale di cure palliative introdotta dalla medesima legge n. 38 del 2010;

peraltro, l'intesa stipulata in sede di Conferenza Stato-regioni del 25 luglio 2012 rappresenta un passaggio fondamentale nell'istituzione e nell'organizzazione delle reti assistenziali, con la definizione dei requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture residenziali, domiciliari, ospedaliere e territoriali identificando *standard* qualitativi e quantitativi per la definizione dei modelli organizzativi per la cura in cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico;

sotto questo aspetto, non risulta ancora realizzato il numero di strutture previste con i finanziamenti messi a disposizione dal decreto-legge n. 450 del 1998;

dopo sette anni dall'entrata in vigore della legge n. 38, si rileva ancora con una situazione eccessivamente disomogenea sul territorio nazionale, con sensibili differenze tra le diverse regioni e anche nell'ambito della medesima regione;

l'articolo 11 della legge n. 38 del 2010, prevede che il Ministro della salute presenti ogni anno una Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione dello sviluppo delle reti di assistenza in cure

palliative e terapia del dolore. L'ultima Relazione è stata trasmessa alle Camere il 5 maggio 2015,

impegna il Governo:

a prevedere maggiori risorse economiche e ad adottare, di concerto con le regioni, tutte le iniziative utili volte alla piena attuazione della legge n. 38 del 2010, e a garantire una diffusione omogenea su tutto il territorio nazionale delle attività delle Reti di Cure Palliative;

a garantire una maggiore, più efficace e capillare informazione sull'esistenza e sull'operatività di strutture e di operatori di Cure Palliative;

a presentare al Parlamento la Relazione annuale relativa all'attuazione della legge n. 38 del 2010, visto che l'ultima Relazione è stata trasmessa alle Camere il 5 maggio 2015.

9/1142-A/**14**. Nicchi, Fossati, Murer, Fontanelli, Roberta Agostini, Albini, Bersani, Franco Bordo, Bossa, Capodicasa, Cimbri, D'Attorre, Duranti, Epifani, Claudio Fava, Ferrara, Folino, Formisano, Carlo Galli, Kronbichler, Laforgia, Leva, Martelli, Matarrelli, Melilla, Mognato, Piccolo, Piras, Quaranta, Ragosta, Ricciatti, Rostan, Sannicandro, Scotto, Speranza, Stumpo, Zaccagnini, Zaratti, Zoggia.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento all'esame disciplina il consenso informato e la relazione esistente tra il medico e il paziente, nell'obiettivo di realizzare una relazione serena per entrambi e valorizzando anche la relazione di cura nel rispetto delle scelte terapeutiche di ciascun individuo, come tutelate sia dalla nostra Costituzione e sia dalla Carta dei diritti fondamentali dell'unione europea. Pertanto si disciplina e garantisce il diritto di ciascuno ad essere informato esaurientemente sia direttamente

sia tramite altre persone da lui indicate e il susseguente diritto di esprimere la propria volontà sui trattamenti sanitari attuali e futuri ed il rispetto di tale volontà;

dopo il consenso informato, secondo una prospettiva logica e consequenziale, il provvedimento disciplina quindi le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) alle quali il medico è tenuto ad attenersi senza incorrere in responsabilità civili e penali;

il testo disciplina inoltre la pianificazione delle cure che, tenendo conto dell'evolversi e delle conseguenze di una patologia cronica, invalidante o caratterizzata da una inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, consente al paziente di progettare e condividere il percorso di cura che avrà valore anche quando il paziente venga a trovarsi nelle condizioni di non poter più esprimere la propria volontà;

una disposizione transitoria infine consente di salvaguardare le disposizioni anticipate di trattamento rese in periodi antecedenti all'entrata in vigore del presente provvedimento;

considerato che:

dunque, nel provvedimento emerge chiaramente la centralità della volontà del paziente e, in tal senso, esso può senz'altro considerarsi un primo passo avanti di civiltà e concreta attuazione dell'articolo 32 della nostra Costituzione ove è scritto che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge»;

la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (carta di Nizza), sancisce all'articolo 3 – Diritto all'integrità della persona – che: «Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica. Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: il consenso libero e informato»; quindi, a seguito della promulgazione della Carta di Nizza, il consenso libero e informato del paziente all'atto medico non è più soltanto un requisito di liceità del

trattamento, ma è, prima di tutto, un vero e proprio diritto fondamentale del cittadino europeo, afferente al più generale diritto all'integrità della persona;

è indubbio che il diritto di accettare o rifiutare i trattamenti sanitari è una estrinsecazione della tutela della dignità umana apportando così un ribaltamento di prospettive. Secondo una ormai superata giurisprudenza, il medico era ritenuto l'unico *dominus* della strategia terapeutica e il paziente, pertanto, veniva considerato come semplice destinatario di scelte di stretta competenza del sanitario, anche quando riguardavano la qualità della sua vita. Oggi invece il requisito del consenso libero e consapevole del paziente diventa il presupposto di legittimità dell'operato del medico, altrimenti illecito, e costituisce l'aspetto più importante dell'evoluzione normativa, giurisprudenziale e dottrinale degli ultimi anni » in tema di responsabilità medica;

a conferma di ciò, il codice deontologico medico approvato il 18 maggio 2014, prescrive all'articolo 35 che: « L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile. Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato » e all'articolo 38: « Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale. La dichiarazione anticipata di trattamento comprova la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali »;

la Cassazione con la sentenza 21748 del 2007 afferma che: « Il consenso

informato costituisce, di norma, legittimazione e fondamento del trattamento sanitario. Senza il consenso informato l'intervento del medico è sicuramente illecito, anche quando è nell'interesse del paziente, la pratica del consenso libero e informato rappresenta una forma di rispetto per la libertà dell'individuo e un mezzo per il perseguimento dei suoi migliori interessi »;

ed aggiunge: « Il consenso afferisce alla libertà morale del soggetto ed alla sua autodeterminazione, nonché alla sua libertà fisica intesa come diritto al rispetto della propria integrità corporea, le quali sono tutti profili della libertà personale, proclamata inviolabile dall'articolo 3 della Costituzione. Ne discende che non è attribuibile al medico un generale « diritto di curare » a fronte del quale non avrebbe alcun rilievo la volontà dell'ammalato che si troverebbe in una posizione di soggezione su cui il medico potrebbe *ad libitum* intervenire con il solo limite della propria coscienza... il consenso informato ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche di eventualmente rifiutare la terapia, di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi »;

e ancora la Corte: « ... ritiene che la salute dell'individuo non possa essere oggetto di imposizione autoritativo coattiva... Di fronte al rifiuto della cura da parte del diretto interessato, c'è spazio – nel quadro di una alleanza terapeutica che tiene uniti il malato e il medico nella ricerca – insieme, di ciò che è bene rispettando i percorsi culturali di ciascuno – per una strategia della persuasione, perché il compito dell'ordinamento è anche quello di offrire il supporto e la massima solidarietà concreta nelle situazioni di debolezza e di sofferenza e c'è, prima ancora il dovere di verificare che quel rifiuto sia informato autentico ed attuale »;

tuttavia, la promozione e valorizzazione della « relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico il cui atto fondante è il consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del

paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico» rischia di tradursi in una mera dichiarazione di principio dato che non sono previste sanzioni, neanche di sola natura disciplinare, nei confronti del medico che tenga un comportamento che ostacoli la formazione del consenso informato da parte del paziente;

pertanto, ai fini della piena attuazione del presente provvedimento, sarebbe utile adeguare i Codici deontologici, affinché sia scongiurato il rischio che essi possano in qualche modo legittimare il medico a non rispettare la volontà espressa dal paziente,

impegna il Governo

ad attivarsi nelle sedi opportune affinché, in tutte le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, sia pienamente garantita la volontà, comunque manifestata, del paziente, nel pieno rispetto dei principi di cui alla presente proposta di legge, che risultano in armonia con i principi della nostra Costituzione e legittimati dalla giurisprudenza interna e dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo.

9/1142-A/**15**. Silvia Giordano, Mantero, Nesci, Colonnese, Grillo, Loreface, Baroni.

La Camera,

premessi che:

il provvedimento all'esame, disciplina le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) e prevede che ogni persona maggiorenne capace di intendere e di volere, in previsione di una eventuale futura incapacità di autodeterminarsi può, attraverso le DAT, esprimere le proprie convinzioni e preferenze in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto a scelte diagnostiche o terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, ivi comprese le pratiche di nutrizione e idratazione artificiali;

dunque, il medico, senza incorrere in responsabilità civili penali, è tenuto al rispetto delle DAT e si contempla la possibilità di disattenderle, in accordo con il fiduciario, solo qualora sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione capaci di assicurare possibilità di miglioramento delle condizioni di vita; nel caso di conflitto tra medico e fiduciario, la disposizione rimette al giudice tutelare la decisione;

sia per il consenso informato che per le DAT è previsto l'esonero da responsabilità civile o penale del medico che abbia ottemperato all'obbligo di rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo con la precisazione che il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali;

con le Dichiarazioni anticipate di volontà, la persona compie una scelta, proiettata nel futuro, e fondata sul diritto di ricevere o rifiutare determinati trattamenti sanitari, anche qualora questi trattamenti si rivelassero indispensabili per la sopravvivenza; pertanto appare evidente che il provvedimento all'esame intende dare centralità piena alla volontà della persona;

considerato che:

la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (carta di Nizza), sancisce all'articolo 3 — Diritto all'integrità della persona — che: «Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica. Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: il consenso libero e informato» quindi a seguito della promulgazione della Carta di Nizza, il consenso libero e informato del paziente all'atto medico non è più soltanto un requisito di liceità del trattamento, ma è, prima di tutto, un vero e proprio diritto fondamentale del cittadino europeo, afferente al più generale diritto all'integrità della persona;

la Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, firmata a Oviedo il 4 aprile 1997 ribadendo la centralità della tutela della dignità e identità della persona, prevede che: «Le Parti di cui alla presente Convenzione proteggono l'essere umano nella sua dignità e nella sua identità e garantiscono ad ogni persona, senza discriminazione, il rispetto della sua integrità e dei suoi altri diritti fondamentali riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina». In particolare all'Articolo 3 – Diritto all'integrità della persona – è previsto che: «Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica. Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge, il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone, il divieto di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro, il divieto della clonazione riproduttiva degli esseri umani». All'articolo 9 – Desideri precedentemente espressi – è poi sancito che: «i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione»;

alla luce della Convenzione, come afferma il Comitato Nazionale di Bioetica già nel parere del 18 dicembre 2003: «Lo sfondo culturale che rende non più rinviabile una approfondita riflessione, non solo bioetica, ma anche bio-giuridica, sulle dichiarazioni anticipate è, quindi, rappresentato dall'esigenza di dare piena e coerente attuazione allo spirito della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, garantendo la massima tutela possibile alla dignità e integrità della persona in tutte quelle situazioni in cui le accresciute possibilità aperte dall'evoluzione della medicina potrebbero ingenerare dubbi, non solo scientifici, ma soprattutto etici, sul tipo di trattamento sanitario da porre in essere in presenza di affidabili dichiara-

zioni di volontà formulate dal paziente prima di perdere la capacità naturale»;

rilevato che:

tuttavia, la promozione e valorizzazione della «relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico il cui atto fondante è il consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico» rischia di tradursi in una mera dichiarazione di principio dato che non sono previste sanzioni, neanche di sola natura disciplinare, nei confronti del medico che tenga un comportamento che ostacoli la formazione del consenso informato da parte del paziente;

il richiamo al fatto che il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari alla deontologia professionale, rischia d'incrinare il dovere del medico a rispettare le DAT e di compromettere la vincolatività di tali dichiarazioni nel rapporto medico paziente;

pertanto, ai fini della piena attuazione del presente provvedimento, sarebbe utile adeguare i Codici deontologici, affinché sia scongiurato il rischio che essi possano in qualche modo legittimare il medico a non rispettare la volontà espressa dal paziente;

il provvedimento dispone altresì che entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, le regioni e le aziende sanitarie, provvedano ad informare della possibilità di redigere le disposizioni anticipate di trattamento;

è dunque auspicabile che in ogni struttura sanitaria pubblica o privata sia assicurata l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale, nel rispetto delle DAT e della piena e corretta attuazione dei principi di cui al presente provvedimento;

in particolare sarebbe stato altresì opportuno rafforzare la responsabilità della struttura sanitaria, prevedendo che in caso di mancato rispetto delle disposi-

zioni di cui al presente provvedimento, i responsabili delle strutture sanitarie rispondessero personalmente e per conto della struttura da cui dipendono e fossero tenuti al risarcimento del danno, morale, esistenziale e materiale, provocato al paziente e ai suoi familiari dal mancato rispetto delle disposizioni anticipate di trattamento,

impegna il Governo

ad individuare le più opportune misure affinché le DAT non si riducano ad una mera modulistica o mera procedura burocratica e ad intervenire, anche con successive iniziative legislative, affinché in ogni struttura sanitaria pubblica o privata sia assicurato il pieno riconoscimento dell'autodeterminazione terapeutica in attuazione dei principi del presente provvedimento e della nostra Costituzione e sia così garantito il rispetto delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento.

9/1142-A/16. Mantero, Silvia Giordano, Loreface, Nesci, Colonnese, Grillo, Baroni.

La Camera,

premesso che:

lo sviluppo della tecnologia medica e la pluralità dei valori della società contemporanea, nonché la valorizzazione del concetto bioetico di autonomia del paziente provocano un crescente disagio e insicurezza negli operatori sanitari, per questo, alla domanda crescente di riflessione etica, i gruppi di consulenza etica possono costituire un contesto adeguato di risposta;

la consulenza etica clinica può offrire un aiuto alle persone (collaboratori, pazienti, parenti) nelle decisioni in situazioni etiche conflittuali concrete (ad esempio riduzione della terapia, sospensione della terapia, alimentazione artificiale e volontà del paziente, rifiuto del consenso alla terapia proposta);

la consulenza etica è, secondo la definizione di Steinkamp & Gordijn del 2005: «La discussione secondo i principi etici di un caso clinico è il tentativo sistematico di pervenire alla miglior decisione possibile dal punto di vista etico, attraverso un colloquio strutturato e limitato nel tempo, condotto da un moderatore con l'équipe multidisciplinare»;

la discussione etica di un caso clinico si orienta ai quattro principi etici in medicina: il principio di beneficiabilità (promuovere il benessere del paziente), il principio di non maleficenza (non arrecare danno al paziente), il principio dell'autonomia (rispettare e promuovere l'autodeterminazione del paziente), il principio di giustizia (uso responsabile delle risorse);

la consulenza etica (discussione di casi clinici secondo i principi etici) offre la possibilità di discutere situazioni etiche conflittuali concrete nel team interdisciplinare, questa discussione strutturata e condotta da un moderatore può migliorare la qualità delle decisioni terapeutiche e dare un supporto all'équipe terapeutica nella loro responsabilità verso i pazienti e residenti;

in Alto Adige la consulenza etica è stata istituita nell'ambito di un progetto in collaborazione tra l'Assessorato alla Sanità (Comitato etico provinciale. Ufficio formazione personale sanitario), l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, e l'Associazione delle residenze dell'Alto Adige;

l'obiettivo è un'offerta integrata di consulenza per gli ospedali, il territorio e le Residenze per anziani, un vantaggio in considerazione della forte sovrapposizione di problemi, in ogni Comprensorio sanitario è stato istituito un gruppo di consulenza etica con 10-15 membri provenienti da Ospedali e case di riposo, di vari gruppi professionali, che hanno frequentato una formazione adeguata e si aggiornano regolarmente;

questa offerta integrata ed estesa ad una regione intera è unica a livello

europeo, attualmente la consulenza può essere richiesta solo dal personale sanitario degli ospedali, del territorio e delle residenze per anziani, ma non è escluso che si possa estendere la possibilità di richiederla ai pazienti e ai loro famigliari;

dal 2008 questo servizio è stato implementato con delibera della Giunta provinciale n. 3248/2008 ed è attivo nei 4 comprensori sanitari dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, coordinato dal Comitato etico provinciale, l'esperienza degli anni passati dimostra una crescita nella richiesta di questa offerta;

in particolare nei paesi dell'area culturale tedesca il servizio di consulenza etica è un presupposto per la certificazione di qualità,

impegna il Governo

a valutare la possibilità di prevedere che quest'offerta di consulenza etica clinica — sia tramite i Comitati etici delle Aziende sanitarie che tramite i gruppi di consulenza etica — venga sperimentata anche a livello nazionale.

9/1142-A/**17**. Plangger, Alfreider, Gebhard, Schullian, Ottobre.

La Camera,

premesso che:

il presente provvedimento si rende necessario per definire le norme in materia di consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento. Esso ne disciplina: le modalità di espressione e di revoca, la legittimazione ad esprimerlo e a riceverlo, l'ambito e le condizioni delle disposizioni anticipate di trattamento, con le quali il dichiarante formula i propri orientamenti sul « fine vita », nell'ipotesi in cui ci sia una perdita irreversibile della capacità di intendere e di volere;

nello specifico, l'articolo 3 disciplina le disposizioni anticipate di trattamento (DAT). Esse sono l'atto con cui ogni persona maggiorenne e capace di inten-

dere e di volere, può provvedere in caso di una sua futura incapacità di esprimere la propria volontà in materia di trattamenti sanitari, al consenso o al rifiuto rispetto di indagini diagnostiche o trattamenti terapeutici, comprese le pratiche di nutrizione e idratazione artificiali;

in particolare, si individua nell'articolo 6 che disciplina il caso in cui il dichiarante può nominare il fiduciario che ha il compito di farne le veci e di rappresentarlo nelle relazioni con il medico e le strutture sanitarie;

il fiduciario deve essere maggiorenne e capace di intendere e di volere: l'accettazione della sua nomina avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con un successivo atto che deve essere allegato a queste;

l'incarico del fiduciario può essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza l'obbligo di fornire motivazioni; allo stesso modo la persona di fiducia può rinunciare all'incarico;

in caso di mancanza della nomina di un fiduciario, le DAT hanno efficacia sulle preferenze di chi le ha disposte. Se ci fosse la necessità, sarà il giudice tutelare a nominare un fiduciario ascoltando il coniuge o la parte dell'unione civile, o in mancanza di questi, i figli o gli ascendenti;

il medico deve rispettare le DAT in accordo con il fiduciario, può disattendere in caso ci siano terapie non previste al momento della sottoscrizione, e in grado di assicurare possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. In caso di contrasto tra fiduciario e medico, interverrà il giudice tutelare,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di adottare misure finalizzate a definire procedure chiare e precise per la nomina del fiduciario che

garantiscono l'effettiva corrispondenza con la volontà del nominante.

9/1142-A/**18**. Galgano, Menorello, Palladino, Oliaro, Molea.

La Camera,

premesso che:

la proposta di legge in oggetto è un testo equilibrato, che coniuga il principio di autonomia con i diritti costituzionalmente previsti, quali il diritto alla vita, il principio di autodeterminazione, la tutela della salute, il rispetto della dignità umana e il principio di laicità;

in questa ottica di equilibrio tra principi costituzionalmente previsti e autonomia della scelta del singolo, può essere contemplata anche la disciplina della donazione del corpo *post-mortem* per scopi formativi e finalità didattiche o di ricerca scientifica, nonché le norme che ne regolamentano l'utilizzo, contenute nel decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285 (regolamento di polizia mortuaria) e nel regio decreto 31 agosto 1933 r. 1592;

le norme attualmente vigenti, anche per ragioni connesse alla loro evidente datazione, rendono assai complesso il rilascio del cadavere a scopo di studio;

infatti l'articolo 32 del regio decreto del 31 agosto 1933 n. 1592, limita il rilascio ai soli cadaveri non richiesti, e per considerare il corpo libero da vincoli parentali impone una verifica fino alla sesta generazione;

altri paesi europei hanno invece legislazioni che, rispondendo alle finalità scientifiche, formative e didattiche agevolano e nobilitano la donazione del corpo *post-mortem*;

la donazione per scopi formativi è di primaria importanza con riferimento agli studi in medicina, per attività didattiche o pratico-applicative e di ricerca scientifica;

le nuove tecnologie applicate alla formazione dei medici, e legate all'evoluzione delle tecniche chirurgiche, non pos-

sono sostituirsi — come ampiamente argomentato dalla comunità scientifica internazionale — all'esperienza diretta sul corpo umano;

per le ragioni sopra evidenziate esiste un'evidente difficoltà a svolgere esercitazioni di questo tipo in mancanza di disponibilità di cadaveri e di un programma di donazione a tali fini,

impegna il Governo

a colmare la carenza normativa esposta in premessa con lo strumento normativo più appropriato, agevolando e favorendo la donazione del corpo *post-mortem*, ponendo al centro la volontà espressa del donatore.

9/1142-A/**19**. Gadda, Moretto, Dallai, Vazio, Crimi, Fiorio, Coppola, Parrini, Manfredi, Fregolent, Marco Di Maio, Ermini, Rotta, Galperti, Iori.

La Camera,

premesso che:

nei prossimi mesi il Ministero dello sviluppo economico e la Rai, previa delibera del Consiglio dei ministri, dovranno stipulare il contratto nazionale di servizio pubblico radiotelevisivo e multimediale;

l'articolo 45 del Testo Unico dei servizi di media audiovisivi e radiofonici di cui al decreto legislativo 31 luglio 2005, n. 177, definisce i compiti del servizio pubblico radiotelevisivo e multimediale;

l'eventuale approvazione del disegno di legge in discussione renderà necessarie campagne di informazione e divulgazione e sarà presumibilmente oggetto di trasmissioni di approfondimento giornalistico;

i contenuti della legge, recante norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento, sono per loro natura suscettibili di dive-

nire oggetto di interpretazioni che facilmente possono prestarsi a strumentalizzazioni;

nel recente passato trasmissioni Rai hanno trattato tematiche diverse ma altrettanto delicate, quali quelle relative alle vaccinazioni, dando voce a testimonianze non scientificamente accreditate,

impegna il Governo:

ad inserire nel contratto nazionale di servizio pubblico radiotelevisivo e multimediale, nella parte relativa a portata, obiettivi e parametri di qualità del servizio pubblico, nuove linee guida relative alla trattazione di tematiche medico-scientifiche. Nello specifico:

a) favorire una divulgazione quanto più chiara e comprensibile di tematiche medico-scientifiche, o comunque relative questioni sensibili, attenendosi a fonti certe e allo stato dell'arte della ricerca scientifica;

b) adottare criteri di copertura giornalistica che non si limitino a riflettere il più ampio spettro delle opinioni, ma che prevedano che lo spazio dedicato a queste sia proporzionato all'accreditamento della fonte e al grado di prominenza del fenomeno;

c) laddove si conceda spazio a opinioni marginali, specie se prive di supporto sulla letteratura di settore o espressioni di punti di vista apertamente finalizzati ad accendere polemiche e discussioni, evidenziare come le suddette posizioni siano in contrasto con le teorie scientifiche dominanti;

d) adottare scelte editoriali che, laddove si sia in presenza di un ampio consenso scientifico su un determinato argomento, non ne minimizzino la portata, soprattutto se in contraddittorio con tesi non accreditate scientificamente.

9/1142-A/20. Parisi, Lainati, Marcolin.

La Camera,

premesso che:

la proposta di legge in oggetto attua dopo 70 anni il dettato costituzionale previsto all'articolo 32 della Costituzione « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. 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" »;

la salute come libertà di scelta è una mediazione tra principi costituzionali di pari rango quali quelli della vita, della salute, intesa nel senso moderno di benessere psicofisico, e della libertà personale;

in questa ottica il consenso informato trova il suo fondamento negli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'articolo 32, secondo comma, della Costituzione;

il consenso informato ha, quindi, come correlazione la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale;

in seguito all'esame dell'Aula è stato approvato l'emendamento 1.552 della Commissione Affari sociali, che modifica il comma 7 dell'articolo 1 riconoscendo, di

fatto, che il medico non ha obblighi professionali qualora il paziente, ad esempio, gli chieda di sospendere terapie fondamentali per la vita, come la nutrizione e l'idratazione, o addirittura l'interruzione dei macchinari che lo tengono in vita;

si tratta, anche se in maniera implicita del riconoscimento dell'obiezione di coscienza del medico anche se, rimane in capo alla struttura sanitaria, così come previsto dal comma 10 dell'articolo 1, l'obbligo di dare piena attuazione alla legge,

impegna il Governo

a vigilare affinché il riconoscimento implicito dell'obiezione di coscienza del medico non vanifichi l'impianto generale della legge e sia rispettata e garantita la libertà di scelta alla rinuncia e/o al rifiuto alle cure della persona malata, predisponendo una relazione annuale sull'andamento e sull'applicazione della presente legge.

9/1142-A/**21**. Tinagli, Di Salvo, Giacobbe, Simoni, Nesi, Miccoli, Patrizia Maestri, Paris, Casellato, Becattini, Locatelli, Marzano, Pastorelli, Incerti, Albanella, Lavagno, Gnecchi, Damiano, Boccuzzi, Rostellato, Narduolo, Arlotti, Galgano, Molea, Brignone, Gregori, Fratoianni, Bonaccorsi, Pastorino, Marcon, Baruffi, Placido.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 1, comma 7, del provvedimento prevede che « il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norma di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali ». A seguito di una modifica approvata dall'Aula su richiesta della Commissione Affari so-

ciali, si è aggiunto che « A fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali ». Ciò significa che, come argomentato anche dalla stessa relatrice del provvedimento nel corso della discussione, se il medico ritiene che le richieste vadano contro la sua coscienza, come da codice deontologico, può dire « mi astengo » e, come dice il codice deontologico, deve farsi carico della cura fino al momento in cui non arriva il suo sostituto;

nel momento in cui si stabilisce che il medico non ha obblighi professionali, si pone il medico, prima che possano accadere le eventualità previste dall'articolo 1, comma 7, nella facoltà di scegliere. Il medico può quindi scegliere, e questo è il dato fondamentale che si recepisce dalla modifica apportata;

a questo punto appare necessario fare chiarezza, da parte delle strutture sanitarie, in merito alla presenza di medici obiettori,

impegna il Governo

ad adottare ogni opportuna iniziativa volta a prevedere, per le strutture sanitarie pubbliche, una regolamentazione delle forme di pubblicità in merito alla presenza di medici che intendono avvalersi della possibilità di obiezione di coscienza garantita dall'articolo 1, comma 7, del provvedimento.

9/1142-A/**22**. Russo.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame affronta i temi del consenso informato, disciplinandone modalità di espressione e di revoca, legittimazione ad esprimerlo e a riceverlo, ambito e condizioni, e delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), con le quali il dichiarante enuncia, in linea di massima, i propri orientamenti sul « fine

vita » nell'ipotesi in cui sopravvenga una perdita irreversibile della capacità di intendere e di volere;

L'articolo 1, comma 7, del provvedimento stabilisce che il medico è tenuto a rispettare la volontà del paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo ed in conseguenza di quest'obbligo è esente da ogni responsabilità civile o penale. In ogni caso il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali. A seguito di una modifica approvata dall'Aula su richiesta della Commissione Affari sociali si è aggiunto che « A fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali ». Nel momento in cui si stabilisce che il medico non ha obblighi professionali, si pone lo stesso, prima che possano accadere le eventualità previste dall'articolo 1, comma 7, nella facoltà di scegliere;

l'articolo 3, comma 5, prevede poi che le DAT possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora queste 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;

sarebbe quantomeno necessario regolamentare altresì le modalità concrete con le quali il medico possa valutare il contenuto delle disposizioni anticipate di trattamento, in particolare al fine della valutazione dell'irreversibilità della malattia,

impegna il Governo

ad adottare ogni opportuna iniziativa volta a prevedere una regolamentazione dei criteri di valutazione del contenuto delle disposizioni anticipate di trattamento da parte del medico, in particolare al fine

della valutazione dell'irreversibilità della malattia.

9/1142-A/**23**. Sisto.

La Camera,

premessi che:

da più parti è stata sollevata la necessità di raccogliere e conservare le Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT – in un registro pubblico informatizzato ed accessibile nel rispetto della privacy;

affinché le stesse possano essere immediatamente ed all'occorrenza conosciute e conoscibili da parte del personale medico chiamato ad intervenire;

tale istanza è stata rinnovata nel parere rilasciato dalla Commissione Parlamentare per le Questioni Regionali che, in particolare, ha chiesto la previsione di una disciplina per la Banca Dati cui fa riferimento l'articolo 3, comma 6 del progetto di legge in approvazione di cui in epigrafe;

la Commissione Giustizia in relazione al suddetto progetto di legge ha espresso il proprio parere favorevole osservando la necessità « ... di prevedere la modalità di conservazione delle DAT attraverso la realizzazione di un registro informatico presso il Consiglio dell'ordine dei Notai, ovvero presso altra struttura e, o Ente Pubblico, consultabile in tempo reale su tutto il territorio nazionale e al quale possano accedere le strutture sanitarie, il tutto nel rispetto della tutela della privacy... »;

tale necessità appare assolutamente fondata, anche per dare piena ed efficace attuazione alla disciplina prevista dal suddetto progetto di legge ed in particolare alle volontà contenute nelle Disposizioni Anticipate di Trattamento e quindi si ri-

tiene prioritario superare le difficoltà di coordinamento normativo e finanziario,

impegna il Governo

ad individuare gli strumenti normativi più adeguati ed urgenti per dare soluzione alle problematiche descritte in premessa.

9/1142-A/**24**. Vazio, Moretto, Marco Di Maio, Crimi, Dallai, Gadda, Parrini, Famiglietti, Iori, Ascani, Ermini, Magorno, Carrescia, Morani, Rotta, Venitelli, Fregolent.

La Camera,

premesso che:

il disegno di legge in via di approvazione all'articolo 3 introduce e disciplina le disposizioni anticipate di trattamento (DAT), come strumento per esprimere le proprie convinzioni e preferenze in materia di trattamenti sanitari;

più specificamente, il comma 6 del citato articolo 3 prevede che le DAT vadano redatte per atto pubblico o scrittura privata autenticata;

nel corso dell'esame in Assemblea è stato approvato un emendamento al comma 6, a tenore del quale le DAT possono essere redatte anche attraverso « 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 »,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di promuovere la diffusione e l'utilizzo delle banche dati informatiche presso cui registrare copia delle DAT, ai fini di agevolarne la raccolta con le modalità più agevoli e meno onerose per i pazienti.

9/1142-A/**25**. Giuseppe Guerini.

La Camera,

vista la grave situazione di migliaia di persone con patologie gravi e gravissime nel nostro Paese, che non sono in grado di recarsi neanche all'ufficio pubblico più vicino,

impegna il Governo

a sollecitare gli enti preposti, per quanto di sua competenza, a predisporre le modalità per la registrazione delle DAT anche presso il domicilio del dichiarante.

9/1142-A/**26**. Argentin.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame non prevede una esplicita norma che garantisca ai medici il diritto di ricorrere all'obiezione di coscienza;

in continuità con le decisioni prese negli ultimi decenni, l'Assemblea parlamentare del Consiglio di Europa ha ribadito (raccomandazione n. 1763, approvata il 7 ottobre 2010) che nessuna persona, ospedale o istituzione sarà costretta, ritenuta responsabile o discriminata in alcun modo a causa di un rifiuto di eseguire, accogliere, assistere o sottoporre un paziente ad un aborto o eutanasia o qualsiasi altro atto che potrebbe causare la morte di un feto o embrione umano, per qualsiasi motivo;

stante l'obbligo di garantire l'accesso alle cure mediche e legali per tutelare il diritto alla salute, così come l'obbligo di garantire il rispetto del diritto della libertà di pensiero, di coscienza e di religione di operatori sanitari degli Stati membri, l'Assemblea ha invitato il Consiglio d'Europa e gli Stati membri ad elaborare normative complete e chiare, che definiscano e regolino l'obiezione di coscienza in materia di servizi sanitari e medici;

in materia di obiezione di coscienza si devono ricordare le indicazioni contenute: nel VI articolo dei principi di Nuremberg; nell'articolo 10, paragrafo 2, della carta dei diritti fondamentali dell'unione europea; negli articoli 9 e 14 della convenzione europea dei diritti umani; nell'articolo 18 della convenzione internazionale dei diritti civili e politici; la promozione del diritto all'obiezione di coscienza in campo medico e paramedico è affermata nelle « linee guida della federazione internazionale di ginecologia ed ostetricia (Figo) e della Organizzazione mondiale della sanità (WHO-Europe);

in Italia il diritto all'obiezione di coscienza in campo medico è assicurato ed espressamente codificato dalle seguenti leggi: la legge n. 194 del 1978 che, all'articolo 9, ha introdotto una particolare specie di obiezione di coscienza, in materia di interruzione volontaria della gravidanza, riconosciuta al personale sanitario ed esercente attività ausiliarie, salvo nei casi urgenti nei quali è in gioco la vita di una persona; peraltro, una disposizione simile è contenuta anche nel codice di deontologia medica, approvato anch'esso nel 1978, che all'articolo 28 stabilisce che « qualora al medico vengano richiesti interventi che contrastino col suo convincimento clinico o che discordino con la sua coscienza, come nel caso di sterilizzazione, aborto o interventi di plastica, egli può rifiutare la propria opera pur nel rispetto della volontà del paziente »; la legge n. 413 del 1993 che disciplina l'obiezione di coscienza per la sperimentazione animale; l'articolo 16 della legge n. 40 del 2004 che riguarda la procreazione medicalmente assistita e riconosce al personale sanitario ed esercente le attività sanitarie accessorie la facoltà di astenersi dal compimento della procedura, adottando un'impostazione simile alla disciplina in materia di aborto,

impegna il Governo

a dare piena attuazione al diritto all'obiezione di coscienza in campo medico e paramedico e a garantire la sua completa

fruizione senza alcuna discriminazione o penalizzazione, in linea con l'invito del Consiglio d'Europa (raccomandazione n. 1763, approvata il 7 ottobre 2010).

9/1142-A/**27**. Pagano, Fedriga.

La Camera,

premessi che:

il nostro Paese deve essere da esempio nell'elaborare una linea politica di invito alla vita e operare per garantire tutte le condizioni utili ad una crescita della società incentrata sui valori di un umanesimo diffuso. Occorre, quindi, rimodulare l'azione politica sui valori fondanti della vita e della persona umana,

impegna il Governo

a promuovere in tutte le scuole di ogni ordine e grado campagne di sensibilizzazione mirate a diffondere una rinnovata cultura della vita.

9/1142-A/**28**. Borghesi, Pagano, Fedriga.

La Camera,

premessi che:

nel nostro ordinamento giuridico la indisponibilità della vita umana risulta chiaramente dalle norme penali che puniscono l'omicidio del consenziente (articolo 589 del codice penale) e l'istigazione o aiuto al suicidio (articolo 580 del codice penale), dall'articolo 5 del codice civile sulla invalidità degli atti di disposizione del proprio corpo che ne diminuiscono in modo permanente la integrità, da talune norme in materia di circolazione stradale (obbligo del casco per i motociclisti e della cintura di sicurezza per gli automobilisti), contro gli infortuni sul lavoro (che si applicano anche ai datori di lavoro, non solo ai dipendenti), sui trapianti di organo

(che non consentano la donazione da vivo che comporti la morte del donatore),

impegna il Governo

a ribadire in tutte le sedi competenti il netto rifiuto a qualsiasi pratica eutanastica.

9/1142-A/**29**. Fedriga, Pagano.

La Camera,

premesso che:

L'«alleanza terapeutica» che s'instaura fra il malato e il medico, ha un oggetto determinato, che segna i confini della decisione condivisa. In questa alleanza né il medico può spingersi oltre l'obiettivo del bene integrale del paziente, né quest'ultimo può pretendere che il medico rinunci a perseguire questo bene;

non è possibile stabilire per legge che il medico si faccia strumento di morte costruendo una relazione contrattualistica di natura diversa da quella che contrassegna indelebilmente la medicina. Onde il paziente non ha il «diritto» di pretendere che il medico si faccia strumento di morte, né, all'inverso, di richiedere l'attuazione di cure obiettivamente futili sul piano medico;

la «causa» etica e giuridica della medicina consiste, alla stregua di un fondamentale principio deontologico, nella «tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo» e nel «sollevio dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana», come bene statuisce l'articolo 3 del Codice deontologico;

la rottura dell'«alleanza terapeutica», conseguenza ineluttabile dell'ideologia individualistica, apre la strada a una

concezione difensivistica e burocratica della professione,

impegna il Governo

a promuovere iniziative volte a rafforzare e valorizzare l'alleanza terapeutica tra il medico, il paziente e i famigliari dello stesso.

9/1142-A/**30**. Molteni, Fedriga, Pagano.

La Camera,

premesso che:

L'assistenza nella fase terminale deve sollecitare la creazione, all'interno del Servizio sanitario sia nazionale che regionale, di una rete in grado di coprire tutti i bisogni e tutte le esigenze del paziente. Il riferimento è, nello specifico, alla diffusione non solo di specifiche strutture di assistenza residenziale, dotate di personale, strumenti e competenze specializzati nella terapia del dolore, ma anche di altri servizi di assistenza domiciliare atti a consentire al malato piena libertà di scelta in merito ai protocolli di assistenza ritenuti più appropriati;

a queste esigenze di carattere organizzativo-assistenziale si abbinano poi ulteriori sfide di promozione di una nuova cultura assistenziale e sanitaria nei confronti del paziente, incentrata sulla lotta al dolore in tutte le sue forme e manifestazioni, con primario riferimento al trattamento del dolore in fase acuta e cronico,

impegna il Governo

a promuovere iniziative volte a stanziare le risorse necessarie per potenziare le reti del servizio sanitario nazionale per le cure palliative, strutturate in diversi livelli di cura, affinché sia privilegiata l'assistenza domiciliare al malato e alla sua famiglia attraverso *équipe* multidisciplinari ad altissimo livello di prestazioni assistenziali.

9/1142-A/**31**. Simonetti, Pagano, Fedriga.

La Camera,

premesso che:

l'assistenza nella fase terminale deve sollecitare la creazione, all'interno del Servizio sanitario sia nazionale che regionale, di una rete in grado di coprire tutti i bisogni e tutte le esigenze del paziente e della sua famiglia. Il riferimento è, nello specifico, alla diffusione non solo di specifiche strutture di assistenza residenziale, dotate di personale, strumenti e competenze specializzati nella terapia del dolore, ma anche di altri servizi di assistenza domiciliare atti a consentire al malato piena libertà di scelta in merito ai protocolli di assistenza ritenuti più appropriati ed a sostenere psicologicamente i famigliari anche nella fase successiva al decesso,

impegna il Governo

a promuovere iniziative volte a stanziare le risorse necessarie per potenziare le reti del servizio sanitario nazionale, anche mirate all'assistenza psicologica delle famiglie in cui sia presente un paziente assistito con la terapia del dolore, nella fase immediatamente successiva al decesso.

9/1142-A/**32**. Grimoldi, Picchi, Pagano, Fedriga.

La Camera,

premesso che:

è necessario riconoscere e tutelare il diritto del singolo di accedere in modo gratuito alle terapie del dolore di qualsiasi origine, con particolare riguardo al dolore severo negli stati di patologia oncologica e degenerativa,

impegna il Governo

a promuovere iniziative volte a garantire l'universale gratuità per l'accesso all'assistenza sanitaria alla terapia del dolore per

i pazienti affetti da malattie degenerative in fase terminale.

9/1142-A/**33**. Caparini, Pagano, Fedriga.

La Camera,

premesso che:

il 4 aprile 1997 è stata firmata a Oviedo la « Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina », meglio conosciuta come Convenzione di Oviedo;

il provvedimento è entrato in vigore il 1° dicembre 1999 e l'Italia ha avviato le procedure per la ratifica definitiva con la legge del 28 marzo 2001, n. 145. La stessa legge, all'articolo 3, comma 1, prevede che: « Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi recanti ulteriori disposizioni occorrenti per l'adattamento dell'ordinamento giuridico italiano ai principi e alle norme della Convenzione e del Protocollo »;

il Governo italiano non ha ancora ottemperato a quanto espressamente previsto dall'articolo 3 della legge n. 145 del 2001 non avendo ancora adottato i decreti legislativi necessari per l'adattamento dell'ordinamento giuridico italiano alle norme della Convenzione di Oviedo;

il 24 febbraio 2012, il Comitato nazionale per la bioetica ha presentato una mozione per il completamento dell'iter di ratifica della convenzione di Oviedo, sottolineando, in particolare, l'importanza del disposto all'articolo 36 della stessa, secondo cui ogni Stato può, al momento della firma del provvedimento comunitario o del deposito dello strumento di ratifica, formulare una riserva al contenuto di una disposizione particolare della convenzione, nella misura in cui una legge in quel momento in vigore sul suo territorio non sia conforme a detta disposizione;

le disposizioni anticipate di trattamento di cui all'articolo 3 della presente proposta di legge risultano implicitamente in contrasto con l'articolo 9 della Convenzione che dispone che « i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà, saranno tenuti in considerazione »;

il modello prescritto dalla Convenzione di Oviedo, invero, è alternativo rispetto a quello delle disposizioni anticipate, per la semplice e fondamentale ragione che usa il termine « desideri », e non « volontà » o « decisioni », per contrassegnare il tipo di atto umano di cui il medico deve tener conto nelle sue determinazioni circa le cure da praticare. « Desiderio » esprime una nota dell'affettività, una preferenza o un'aspirazione, che si offre all'interlocutore non in termini contrattualistici imperativi, bensì di orientamento verso una scelta auspicata come migliore alla luce del proprio stile e modo di vita. Disposizione anticipata, invece, è la volontà cristallizzata ora per un futuro incerto e indeterminato;

sul tema si è espresso il Comitato Nazionale per la Bioetica in data 18 dicembre 2003 con il documento Dichiarazioni anticipate di trattamento, invitando il legislatore a vincolare il medico a prendere in seria e adeguata considerazione le indicazioni contenute nel protocollo anticipato e non ad assoggettarlo in maniera vincolante a esse senza alcuna eccezione e flessibilità. Dicendo, dunque, che si deve tener conto dei desideri precedentemente espressi, la Convenzione di Oviedo si è mossa nella direzione di una lettura della relazione medico/paziente in termini di « alleanza terapeutica », ove tali desideri debbono essere tenuti in conto, ma non sono l'unico ed esclusivo fondamento della decisione da assumere,

impegna il Governo

a valutare gli effetti applicativi delle disposizioni dell'articolo 3 del presente prov-

vedimento richiamate in premessa al fine di adottare ulteriori iniziative normative volte a modificarne la *ratio* nella direzione indicata dalla Convenzione di Oviedo all'articolo 9.

9/1142-A/**34**. Saltamartini, Pagano, Fedriga.

La Camera,

premessi che:

il 4 aprile 1997 è stata firmata a Oviedo la « Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina », meglio conosciuta come Convenzione di Oviedo;

il provvedimento è entrato in vigore il 1° dicembre 1999 e l'Italia ha avviato le procedure per la ratifica definitiva con la legge del 28 marzo 2001, n. 145. La stessa legge, all'articolo 3, comma 1, prevede che: « Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi recanti ulteriori disposizioni occorrenti per l'adattamento dell'ordinamento giuridico italiano ai principi e alle norme della Convenzione e del Protocollo »;

il Governo italiano non ha ancora ottemperato a quanto espressamente previsto dall'articolo 3 della legge n. 145 del 2001 non avendo ancora adottato i decreti legislativi necessari per l'adattamento dell'ordinamento giuridico italiano alle norme della convenzione di Oviedo;

il 24 febbraio 2012, il Comitato nazionale per la bioetica ha presentato una mozione per il completamento dell'iter di ratifica della convenzione di Oviedo, sottolineando, in particolare, l'importanza del disposto all'articolo 36 della stessa, secondo cui ogni Stato può, al momento della firma del provvedimento comunitario o del deposito dello strumento di ratifica, formulare una riserva al contenuto di una disposizione particolare della convenzione,

nella misura in cui una legge in quel momento in vigore sul suo territorio non sia conforme a detta disposizione;

le disposizioni anticipate di trattamento di cui all'articolo 3 della presente proposta di legge risultano implicitamente in contrasto con l'articolo 9 della Convenzione che dispone che « i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà, saranno tenuti in considerazione »;

il modello prescritto dalla Convenzione di Oviedo, invero, è alternativo rispetto a quello delle disposizioni anticipate, per la semplice e fondamentale ragione che usa il termine « desideri », e non « volontà » o « decisioni », per contrassegnare il tipo di atto umano di cui il medico deve tener conto nelle sue determinazioni circa le cure da praticare. « Desiderio » esprime una nota dell'affettività, una preferenza o un'aspirazione, che si offre all'interlocutore non in termini contrattualistici imperativi, bensì di orientamento verso una scelta auspicata come migliore alla luce del proprio stile e modo di vita. Disposizione anticipata, invece, è la volontà cristallizzata ora per un futuro incerto e indeterminato;

sul tema si è espresso il Comitato Nazionale per la Bioetica in data 18 dicembre 2003 con il documento Dichiarazioni anticipate di trattamento, invitando il legislatore a vincolare il medico a prendere in seria e adeguata considerazione le indicazioni contenute nel protocollo anticipato e non ad assoggettarlo in maniera vincolante a esse senza alcuna eccezione e flessibilità. Dicendo, dunque, che si deve tener conto dei desideri precedentemente espressi, la Convenzione di Oviedo si è mossa nella direzione di una lettura della relazione medico/paziente in termini di « alleanza terapeutica », ove tali desideri debbono essere tenuti in conto, ma non

sono l'unico ed esclusivo fondamento della decisione da assumere,

impegna il Governo

a promuovere, stante le proprie competenze, l'adozione dei provvedimenti necessari per l'adattamento dell'ordinamento giuridico italiano alle norme della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina e ad adottare le ulteriori iniziative normative che si renderanno necessarie qualora si riscontreranno, nello stesso ordinamento, disposizioni in contrasto con la convenzione stessa.

9/1142-A/**35**. Allasia, Pagano, Fedriga.

La Camera,

premesso che:

il testo unificato delle proposte di legge in esame manca di un esplicito riferimento alla disciplina delle cure palliative;

in Italia ogni anno si registrano circa 250.000 malati terminali di cui 160.000 oncologici e 90.000 affetti da altre patologie e meno della metà dei malati oncologici ha accesso ad un processo di cure palliative;

l'articolo 38, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, riconferma il riconoscimento delle cure palliative nel Livello Essenziale di Assistenza;

al momento la rete assistenziale di cure palliative non ha ridotto la differenza tra le diverse Regioni di cure erogate atte a ridurre il dolore fisico e nonostante il riconoscimento del diritto di cura della sofferenza negli ospedali come LEA, le norme risultano ancora applicate in modo disomogeneo sul territorio nazionale,

impegna il Governo

ad adoperarsi affinché venga completato il quadro normativo con le necessarie norme applicative per l'effettivo inserimento dei

programmi di cure palliative in tutte le strutture ospedaliere sul territorio nazionale.

9/1142-A/**36**. Rondini, Pagano, Fedriga.

La Camera,

premesso che:

il testo presenta al suo interno delle fortissime contraddizioni: da un lato la declinazione della tutela della vita inserita in Commissione Affari sociali, dall'altro la prevista possibilità di sospendere anche i trattamenti dell'alimentazione e idratazione artificiale, che sono forme di sostegno vitale;

il provvedimento in esame sembra quasi legittimare il diritto alla morte volendo soddisfare la libertà nelle scelte di fine vita, anche se non vengono mai esplicitamente nominate nell'articolato l'eutanasia o il suicidio assistito;

in Belgio, l'eutanasia è diventata legale nel 2002 e, da allora, si sono avuti circa 1.400 casi all'anno. Il 55 per cento dei casi di eutanasia in Belgio e nei Paesi Bassi risponde a malattie mentali o depressive. Dal 2011 al 2014, su 66 casi di eutanasia analizzati, 36 sono stati causati da disturbi depressivi. Inoltre, l'11 per cento dei pazienti non ha ricevuto l'approvazione di un gruppo di medici specializzati, ma è stata una decisione di un singolo medico, mentre, il 24 per cento dei casi non ha avuto l'unanimità dei medici specialisti;

è inaccettabile che si assista inermi ad una crescente banalizzazione dell'eutanasia, ancor più grave se legittimata a causa di sofferenza mentale, perché intrinsecamente legata al concetto di un atto che si basa su criteri soggettivi,

impegna il Governo

a farsi promotore presso tutte le sedi competenti, anche in ambito internazionale, di provvedimenti volti ad impedire che pratiche di eutanasia vengano legitti-

mate per legge, impedendo così il riconoscimento, di fatto, della morte stessa come un diritto esplicitamente previsto, al quale dovrebbe corrispondere un dovere da parte del medico, in particolar modo se la scelta di morire è effettuata non da pazienti affetti da malattie degenerative in fase terminale, ma da pazienti con malattie mentali o depressive.

9/1142-A/**37**. Castiello, Pagano, Fedriga.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame sembra quasi voler legittimare il diritto alla morte (prevedendo esplicitamente i trattamenti dell'alimentazione e idratazione artificiale, che sono forme di sostegno vitale) volendo soddisfare la libertà nelle scelte di fine vita, anche se non vengono mai esplicitamente nominate nell'articolato l'eutanasia o il suicidio assistito;

la pericolosità di questa delegittimazione del diritto alla vita è dimostrata dalla deriva che leggi similari hanno preso in altri Paesi europei. In Belgio, l'eutanasia è diventata legale nel 2002 e, da allora, si sono avuti circa 1.400 casi all'anno;

un autorevole studio inglese (Cohen-Almagor, Università di Hull) ha denunciato che i medici belgi e olandesi scelgono la « dolce morte » in assenza di « una volontà esplicita del paziente », di cui « nessuna commissione si è occupata »;

dal momento che l'eutanasia è stata approvata in entrambi i Paesi — pionieri nel campo in Europa — i limiti e gli ostacoli alla pratica sono stati gradualmente eliminati. Così, nei Paesi Bassi, l'unico limite esistente è l'obbligatorietà di una richiesta volontaria dal paziente e la presenza di « un dolore lancinante », anche se quest'ultimo requisito può essere discutibile;

in Belgio, i limiti sono quasi inesistenti: è sufficiente che ci sia il consenso di un adulto o un minore emancipato che

abbia preso la decisione volontariamente. Nel 2013, i legislatori belgi hanno aggiunto ai motivi per cui è permessa l'eutanasia « la stanchezza di vivere », e nel 2014 il Belgio è diventato il primo Paese al mondo che ha rimosso la soglia di età per l'eutanasia;

è inaccettabile che si assista inermi ad una crescente banalizzazione del diritto alla vita e ad una progressiva legittimazione dell'eutanasia, ancor più grave se basata su criteri puramente soggettivi,

impegna il Governo

a mettere in atto tutte le iniziative opportune, anche di carattere normativo e informativo, volte ad affermare che il diritto alla vita deve essere sempre tutelato e anteposto alla scelta esplicita e deliberata del paziente di morire, anche per arginare il rischio che norme varate a tutela dell'attuazione delle volontà di pazienti affetti da malattie degenerative in fase terminale, degenerino in legittimazione di pratiche di eutanasia, soprattutto se basate su criteri soggettivi come le malattie depressive.

9/1142-A/**38**. Guidesi, Pagano, Fedriga.

La Camera,

premesso che:

l'articolo 3 del presente provvedimento al comma 1 prevede che nelle disposizioni anticipate di trattamento si possa esprimere le proprie preferenze in materia di trattamenti sanitari anche comprese le pratiche di nutrizione e idratazione artificiali;

l'alimentazione e l'idratazione artificiali sono forme di sostegno vitale che non possono essere oggetto di un rifiuto, né in sede di sottoscrizione di un testamento biologico, né attraverso diverse mo-

dalità di ricostruzione di volontà del paziente in stato di incoscienza,

impegna il Governo

a valutare gli effetti applicativi delle disposizioni richiamate in premessa al fine di adottare ulteriori iniziative normative volte ad escludere dalle DAT il riferimento all'idratazione e all'alimentazione artificiale.

9/1142-A/**39**. Giancarlo Giorgetti, Pagano, Fedriga.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento in esame all'articolo 2 prevede che si debba tener conto della volontà della persona minore nell'espressione del consenso informato;

in altri paesi dove l'eutanasia è diventata legale oramai da più di dieci anni è previsto il ricorso a questa pratica anche per i minorenni,

impegna il Governo

a farsi promotore presso tutte le sedi competenti, anche in ambito internazionale, di provvedimenti volti ad impedire che pratiche di eutanasia vengano legittimate soprattutto nei casi in cui si tratti di minorenni.

9/1142-A/**40**. Bossi, Pagano, Fedriga.

La Camera,

premesso che:

il provvedimento all'esame nel disciplinare le disposizioni anticipate di trattamento (DAT), prevede che le regioni possono raccogliere, telematicamente e informaticamente, le DAT lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili;

è senz'altro auspicabile che sia introdotta altresì la possibilità di redazione

telematica delle disposizioni anticipate di trattamento mettendole a disposizione dell'utente sul sito *internet* istituzionale del Ministero della salute;

in tal modo è data possibilità ai soggetti che hanno redatto la disposizione anticipata di trattamento di poter modificare o revocare le loro dichiarazioni in qualunque momento anche accedendo al sistema tramite credenziali personali rilasciate dal Ministero della salute; a tal fine il Ministero della salute potrebbe periodicamente comunicare gli estremi della disposizione anticipata di trattamento depositata e le modalità previste per la sua modificazione o revoca;

tale possibilità di redazione telematica delle DAT sarebbe oltretutto in sintonia con gli interventi relativi alla Sanità digitale cui converge la digitalizzazione del ciclo prescrittivo e la realizzazione del fascicolo elettronico,

impegna il Governo

ad intervenire, sempre nel rispetto della normativa vigente in materia di dati personali, con proprio regolamento per stabilire le modalità di presentazione e di redazione telematica delle disposizioni anticipate di trattamento, anche al fine di renderle parte integrante del fascicolo sanitario elettronico.

9/1142-A/41. Lorefice, Silvia Giordano, Mantero, Colonnese, Nesci, Grillo, Baroni, Dall'Osso.

La Camera,

premessi che:

la legge in esame si sofferma ampiamente a chiarire in cosa consista il consenso informato e quali siano le condizioni per la sua validità;

tenuto conto che tra i più potenti condizionamenti che il paziente subisce ci sono quelli che derivano dal dolore che sperimenta se non dispone di farmaci adeguati per controllarlo;

apprezzato che la ricerca scientifica mette a disposizione del medico farmaci innovativi sempre più potenti per il controllo del dolore, secondo diverse tipologie di dolore: acuto, cronico, intermittente, oncologico, neurologico, ecc.; e questo richiede un continuo aggiornamento delle competenze professionali dei medici;

tenuto conto che spesso l'esperienza di un dolore refrattario ai trattamenti disponibili pone il malato in condizione di chiedere una sedazione profonda continua, ma la somministrazione di questo tipo di trattamento non può essere usata con superficialità o senza vera necessità, per cui richiede un ancor più elevato livello di competenze per la sua altissima specificità;

la terapia del dolore richiede competenze più ampie di quelle strettamente farmacologiche, a partire da una relazione che includa una solida formazione psicologica, ma anche conoscenze nel campo delle tecniche di rilassamento, della musicoterapia, ecc.,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di incrementare ed incentivare la formazione dei medici, a cominciare dai primi anni universitari, prevedendo un numero di crediti adeguati a garantire la dovuta profondità e completezza della formazione specifica dei medici nel campo della terapia del dolore, con particolare attenzione alle relative scuole di specializzazione;

a valutare l'opportunità di verificare se la rete appositamente prevista dalla legge sulle cure palliative con la quale si istituisce anche la rete per la terapia del dolore sia realmente estesa su tutto il territorio in modo equo e garantisca ovunque a tutti i malati che ne fanno richiesta il supporto terapeutico necessario.

9/1142-A/42. Binetti.

La Camera,

considerato che:

la malattia è una condizione che di per se altera lo stato di coscienza del paziente e induce sentimenti di preoccupazione e di angoscia;

la depressione è probabilmente la malattia che maggiori sofferenze provoca nella nostra società e che si accentua nelle fasi di malattia;

la depressione riduce la libertà di intendere e di volere e può indurre a chiedere la sospensione di trattamenti salvavita in situazioni nelle quali non ne ricorrono gli estremi e questo è palesemente irragionevole;

è necessario lottare non solo contro l'accanimento terapeutico ma altrettanto contro l'abbandono terapeutico;

è abbandono terapeutico anche il lasciare il malato in una condizione di solitudine e di isolamento sociale che favorisce o aggrava gli stati depressivi,

impegna il Governo

a provvedere a migliorare i livelli di assistenza sociosanitaria e (per chi la desidera) religiosa ai malati terminali ed a offrire supporti terapeutici per combattere gli stati depressivi.

9/1142-A/**43**. Buttiglione.

La Camera,

considerato che:

con le DAT il cittadino decide dei beni più preziosi di cui dispone: la salute e la vita;

la eventuale falsificazione delle DAT lede beni giuridici fondamentali e può comportare la morte del paziente;

ciò configura uno stato di fatto che ha una indubbia rilevanza penale e civile evidentemente connesso con diverse disposizioni del Codice Penale, per esempio

quelle degli articoli 485/492 e 475 e ss. che prevedono la falsità in atti pubblici e l'omicidio;

questa fattispecie, pur simile ad altre già previste dell'ordinamento, ha tuttavia indubbiamente una sua specificità che chiede di essere normata in modo adeguato,

impegna il Governo

a presentare urgentemente un progetto di legge che colmi questo vuoto normativo e protegga in modo adeguato il cittadino che faccia uso delle DAT difendendone la volontà e la stessa vita.

9/1142-A/**44**. Tancredi, Buttiglione, Bionetti.

La Camera,

premesso che:

la proposta di legge in oggetto attua dopo 70 anni il dettato costituzionale previsto all'articolo 32 della Costituzione « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. 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 »;

la salute come libertà di scelta è una mediazione tra principi costituzionali di pari rango quali quelli della vita, della salute, intesa nel senso moderno di benessere psicofisico, e della libertà personale; in questa ottica il consenso informato trova il suo fondamento negli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili

sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'articolo 32, secondo comma, della Costituzione;

il consenso informato ha, quindi, come correlazione la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla;

in seguito all'esame dell'Aula è stato approvato l'emendamento 1.552 della commissione Affari sociali, che modifica il comma 7 dell'articolo 1 riconoscendo, di fatto, che il medico non ha obblighi professionali qualora il paziente, ad esempio, gli chieda di sospendere terapie fonda-

mentali per la vita, come la nutrizione e l'idratazione, o l'interruzione dei macchinari che lo tengono in vita;

si tratta, anche se in maniera implicita del riconoscimento di una sorta di obiezione di coscienza del medico anche se, rimane in capo alla struttura sanitaria, così come previsto dal comma 10 dell'articolo 1, l'obbligo di dare piena attuazione alla legge,

impegna il Governo

a vigilare affinché, il riconoscimento implicito dell'obiezione di coscienza del medico non vanifichi l'impianto generale della legge e sia rispettata e garantita la libertà di scelta al rifiuto alle cure della persona malata, predisponendo una relazione annuale sull'andamento e sull'applicazione della presente legge.

9/1142-A/45. Locatelli, Pastorelli, Marzano, Nesi.

PAGINA BIANCA

*Stabilimenti Tipografici  
Carlo Colombo S.p.A.*



\*17ALA0007820\*