

## COMMISSIONI RIUNITE

### II (Giustizia) e XII (Affari sociali)

#### S O M M A R I O

#### SEDE REFERENTE:

Norme in materia di eutanasia. C. 2973 Nicchi, C. 1582 d'iniziativa popolare, C. 2218 Di Salvo e C. 3336 Bechis (*Esame e rinvio*) ..... 7

#### SEDE REFERENTE

*Giovedì 3 marzo 2016. — Presidenza della vicepresidente della XII Commissione Daniela SBROLLINI. — Intervengono i sottosegretari di Stato per la giustizia, Gennaro Migliore, e per la salute, Vito De Filippo.*

#### La seduta comincia alle 12.25.

#### Norme in materia di eutanasia.

**C. 2973 Nicchi, C. 1582 d'iniziativa popolare, C. 2218 Di Salvo e C. 3336 Bechis.**

*(Esame e rinvio).*

Le Commissioni iniziano l'esame del provvedimento in titolo.

Daniela SBROLLINI, *presidente*, avverte che è stato richiesto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sia assicurata anche attraverso l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

Non essendovi obiezioni, rimane così stabilito.

Ricorda, quindi, che nella seduta odierna le Commissioni riunite II (Giustizia) e XII (Affari sociali) iniziano l'esame,

in sede referente, delle proposte di legge C. 2973 Nicchi e abbinate, recanti norme in materia di eutanasia.

Avverte, inoltre, che in data 1° marzo 2016 sono state assegnate alle Commissioni riunite, in sede referente, le proposte di legge C. 3535, d'iniziativa della deputata Mucci ed altri, recante: « Disciplina dell'eutanasia e norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari » e C. 3575, d'iniziativa della deputata Marzano ed altri, recante: « Disposizioni in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e per la tutela della dignità della persona nella fase terminale della vita ».

Poiché le suddette proposte di legge vertono su materia identica a quella delle proposte di legge in esame, la presidenza ne dispone l'abbinamento ai sensi dell'articolo 77, comma 1, del regolamento.

Dà, quindi, la parola al deputato Daniele Farina, relatore per la II Commissione, e al deputato Capone, relatore per la XII Commissione, per lo svolgimento delle relazioni introduttive.

Daniele FARINA (SI-SEL), *relatore per la II Commissione*, rammenta che le Commissioni sono chiamate ad avviare l'esame, nella seduta odierna, delle proposte di legge C. 2973 Nicchi, C. 1582 d'iniziativa

popolare, C. 2218 Di Salvo e C. 3336 Bechis, in materia di eutanasia, cui sono state, oggi, abbinare le proposte di legge C. 3535 Mucci e C. 3575 Marzano.

Prima di entrare nel merito delle disposizioni contenute nei provvedimenti in questione, che riguardano un tema di notevole rilevanza, sul quale l'opinione pubblica attende da tempo risposte, ritiene opportuno, preliminarmente, soffermarsi sul quadro normativo di riferimento. Fa presente che nel nostro ordinamento la vita è un bene non disponibile. L'indisponibilità risulta, a livello costituzionale, dall'articolo 2 della Costituzione e, a livello di legge ordinaria – oltre che dall'articolo 5 del codice civile, che vieta gli atti di disposizione del proprio corpo « quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume » – dalle disposizioni penali che puniscono l'omicidio del consenziente e l'istigazione o l'aiuto al suicidio, nonché, indirettamente, dall'articolo 50, sull'efficacia scriminante del consenso della persona offesa, con esclusivo riferimento alla lesione dei beni disponibili. Ogni affermazione della libertà di autodeterminazione dell'individuo non è dunque assoluta, dovendo essere temperata con il principio dell'indisponibilità della vita. Con il termine eutanasia si indica convenzionalmente la morte cagionata per motivi di pietà nei confronti di una persona affetta da malattia probabilmente o certamente incurabile, allo scopo di sottrarla alle sofferenze inerenti al processo patologico terminale. Peraltro, una cosa è provocare la morte con un diretto intervento di un terzo acceleratore dell'evento; altra e diversa cosa è lasciare che la malattia si manifesti nei suoi effetti fino alla morte.

Osserva che, nel nostro ordinamento, soltanto nel primo caso (cosiddetta eutanasia attiva) si è in presenza di una condotta punibile (ai sensi dell'articolo 579 del codice penale, Omicidio del consenziente e dell'articolo 580 del codice penale, Istigazione o aiuto al suicidio) in quanto intrinsecamente omicidiaria. Nel secondo

caso (cosiddetta eutanasia passiva) in tanto la condotta è punibile in quanto sussista in capo al medico o all'assistente il malato un obbligo di cura, ovvero un obbligo di compiere azioni positive idonee a impedire o ritardare l'evento. E il fatto primario che condiziona l'obbligo di cura è il consenso del paziente, senza e contro il quale non è giuridicamente lecito l'intervento terapeutico. Se, dunque, il paziente rifiuta la cura, non sorge l'obbligo del medico o di qualsivoglia terzo di ritardare o impedire l'evento mortale e la vicenda che conduce alla morte non può definirsi eutanasia, non essendo provocata volontariamente la morte di alcuno. Ove, pertanto, consentendo alla propria morte, il paziente, maggiore di età e in condizioni di capacità di intendere e di volere, rifiuti determinati interventi terapeutici o le cure che potrebbero probabilmente impedire o ritardare la morte, la mancata azione curativa del medico o di qualsivoglia terzo non integra una condotta illecita. E proprio la difficoltà di poter esprimere una decisione del genere nella fase finale della malattia hanno favorito l'introduzione in vari Paesi dell'istituto delle dichiarazioni anticipate di trattamento, destinate a sopperire alla mancanza di una manifestazione attuale di volontà del paziente.

Rammenta che l'eutanasia attiva è attualmente punita nel nostro ordinamento attraverso gli articoli 579 e 580 del codice penale. In particolare, l'omicidio del consenziente (articolo 579 del codice penale) è figura autonoma di delitto, introdotta per la prima volta nell'ordinamento italiano dal codice del 1930, in affermazione del principio di indisponibilità della vita. La pena prevista, assai più lieve rispetto all'omicidio doloso comune, esprime l'attenuata riprovevolezza dell'autore e la minore gravità del delitto, cui manca, a differenza che all'omicidio comune, la nota dell'ingiusta aggressione alla libertà altrui.

Fa presente che, in giurisprudenza, le non molte pronunce ruotano intorno alla problematica del consenso, con soluzioni spesso influenzate in modo determinante

dalle situazioni di fatto prese in esame. Al riguardo, segnala la sentenza, di particolare rilievo, relativa al caso Eluana Englaro, nel quale la Corte di Cassazione, sentenza n. 21748 del 16 ottobre 2007 – capovolgendo la costante giurisprudenza in materia – ha autorizzato, de facto, l'eutanasia omissiva indiretta. La sentenza – che riguardava una giovane donna in stato vegetativo tenuta in vita artificialmente – autorizza in tale caso la interruzione delle cure e dell'accanimento terapeutico, considerati veri e propri trattamenti sanitari. Per poter interrompere le cure – secondo la Cassazione – sono tuttavia necessarie tassativamente due condizioni (entrambe rispettate nel caso Englaro): che il soggetto sia dichiarato in uno stato patologico di coma irreversibile, senza alcuna possibilità con i mezzi e le conoscenze medico-scientifici, universalmente riconosciuti, di migliorare e/o recuperare lo stato di coscienza e percezione, inteso in senso lato; che il paziente, in vita, abbia espresso la sua volontà in tal senso, o che la stessa sia desumibile in base alla cultura, religione, sue esperienze di vita e sue convinzioni sociali, psichiche e filosofiche.

Quanto al reato di « istigazione o aiuto al suicidio », rammenta che l'articolo 580 del codice penale tutela la vita sia contro i comportamenti che facciano insorgere un proposito suicidario prima inesistente ovvero ne rafforzino uno già esistente, sia contro il semplice ausilio all'esecuzione, mercé un'attività, accessoria alla condotta dell'agente, strumentale alla realizzazione di un proposito suicidario compiutamente deliberato.

Osserva che, per la giurisprudenza, l'agevolazione può essere tanto attiva che omissiva e si realizza « fornendo i mezzi per il suicidio, offrendo istruzioni sull'uso degli stessi, rimuovendo ostacoli o difficoltà che si frappongono alla realizzazione del proposito o anche omettendo di intervenire, qualora si abbia l'obbligo di impedire la realizzazione dell'evento » (così Cassazione, Sezione I, 6 febbraio 1998).

Nel passare all'esame delle disposizioni contenute nei provvedimenti in discus-

sione, avverte che si soffermerà sui soli profili strettamente attinenti alla competenza della Commissione giustizia.

In proposito, segnala che le proposte di legge C. 2218 (Di Salvo ed altri) e C. 2973 (Nicchi ed altri), di contenuto pressoché identico, all'articolo 1 prevedono la definizione la definizione di eutanasia, che ai fini della legge in esame viene qualificata come l'atto, compiuto da un terzo, che mette volontariamente fine alla vita di una persona che si trova nelle condizioni di cui all'articolo 2, su richiesta della medesima persona. Viene poi stabilita, all'articolo 2, la non punibilità del medico che pratica l'eutanasia – medico curante – purché abbia operato nel rispetto delle modalità previste dalla legge in commento e purché ricorrano alcune condizioni: il paziente sia maggiorenne e capace di intendere e di volere al momento della richiesta; la richiesta è stata formulata in maniera volontaria e ponderata e non è il risultato di una pressione esterna; il paziente è affetto da una patologia con prognosi infausta e in fase terminale senza alcuna prospettiva di sopravvivenza, con sofferenze fisiche o psichiche costanti e insopportabili; la proposta di legge C. 2218 richiede anche che tali sofferenze siano tali da non poter essere eliminate con trattamenti farmacologici.

Fa presente che vengono poi prescritti alcuni adempimenti a cui è tenuto il medico curante. Rileva che, prima di procedere all'eutanasia, egli è tenuto: ad informare il paziente sulla sua situazione clinica e sulle sue prospettive di vita e a chiedergli conferma della sua richiesta di eutanasia – accertando anche che essa sia volontaria e oggetto di una decisione personale –, documentandolo sulle possibilità terapeutiche ancora attuabili e sui trattamenti palliativi nonché sulle loro conseguenze, ed a dialogare con lui al fine di giungere alla condivisione dell'opinione che non vi sia un'altra soluzione ragionevole per la sua patologia; ad accertare che perduri lo stato di sofferenza fisica o psichica del paziente e che quest'ultimo sia ancora intenzionato a chiedere l'eutanasia svolgendo, a tale scopo, una serie di

colloqui periodici per valutare l'evoluzione delle condizioni; a consultare un altro medico per avere conferma del carattere grave e incurabile della malattia. Il medico consultato, che non deve aver avuto nessun contatto precedente con il paziente, deve essere competente sulla patologia ed assicurare la propria indipendenza di giudizio rispetto al medico curante, visita il paziente e valuta se le sue sofferenze siano costanti, insopportabili e insuscettibili di miglioramento con ulteriori trattamenti terapeutici. Al termine dell'esame redige un rapporto con le sue considerazioni; il medico curante informa il paziente dell'esito della consultazione; ad informare e tenere in conto le considerazioni dell'équipe sanitaria, se presente, sulla richiesta di eutanasia avanzata dal paziente; ad informare della richiesta di eutanasia, su espressa volontà del paziente, i familiari e le persone di fiducia indicate dallo stesso e a garantire al paziente medesimo la possibilità di consultarsi con le persone da lui indicate in merito alla richiesta.

Segnala che se il medico curante ritiene che il decesso non avverrà a breve scadenza egli è tenuto: a consultare un altro medico psichiatra o specialista della patologia il quale opera e deve avere le caratteristiche già indicate nel caso precedente, dovendosi assicurare, in più, del carattere volontario, ripetuto e ponderato della richiesta; a lasciar trascorrere almeno un mese tra la data della dichiarazione scritta del paziente e l'attuazione dell'intervento di eutanasia.

Fa presente che vengono poi stabiliti i requisiti che deve presentare la richiesta, risultante da una dichiarazione scritta, redatta, datata e firmata personalmente. Se il paziente non è in grado di firmare tale dichiarazione può affidare l'incarico a persona di sua fiducia purché maggiorenne; in tal caso il soggetto incaricato è tenuto a riportare nella dichiarazione — redatta in presenza del medico curante — che il paziente non è in grado di scrivere personalmente la sua richiesta indicando le ragioni. La dichiarazione è allegata alla cartella clinica dal paziente. La richiesta è revocabile in qualsiasi momento

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

Rammenta che, ai sensi dell'articolo 12, la persona deceduta a seguito di un intervento di eutanasia praticato in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla legge in esame, è dichiarata deceduta di morte naturale a tutti gli effetti di legge.

Segnala che la proposta di legge C. 1582 (d'iniziativa popolare) attribuisce, all'articolo 1, ad ogni cittadino la facoltà di rifiutare l'inizio o la prosecuzione di trattamenti sanitari, nonché ogni tipo di trattamento vitale o terapia nutrizionale. Il personale medico e sanitario è tenuto a rispettare la volontà del paziente purché: provenga da un soggetto maggiorenne e che non si trovi, anche temporaneamente, in uno stato di incapacità di intendere e di volere; sia manifestata dall'interessato in modo inequivocabile, o, in caso di incapacità sopravvenuta, anche temporanea dello stesso, da persona nominata in precedenza, fiduciario per la manifestazione della volontà di cura, con atto scritto con sottoscrizione autenticata.

Ricorda che l'articolo 2 dispone che il personale medico e sanitario che non rispetti la volontà manifestata nei modi di cui all'articolo 1, è tenuto al risarcimento del danno morale e materiale conseguente, in aggiunta ad ogni altra conseguenza civile o penale ravvisabile nei fatti.

Fa presente, infine, che l'articolo 3 stabilisce che le disposizioni di cui agli articoli 575 (Omicidio), 579 (Omicidio del consenziente), 580 (Istigazione aiuto al suicidio) e 593 (Omissione di soccorso) del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario che hanno praticato trattamenti eutanasi, provocando la morte del paziente, purché ricorrano alcune condizioni, il cui rispetto deve essere attestato per iscritto dal medico e confermato dal responsabile della struttura sanitaria ove sarà praticato l'intervento: la richiesta, attuale ed accertata in modo

inequivocabile, provenga dal paziente maggiorenne, che non si trovi, sia pure temporaneamente, in uno stato di incapacità di intendere e di volere; la richiesta sia motivata dal fatto che il paziente è affetto da una malattia portatrice di gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infausta inferiore a diciotto mesi; siano stati informati della richiesta anche i parenti entro il secondo grado ed il coniuge, messi nella possibilità di colloquiare con il paziente; il paziente sia stato congruamente ed adeguatamente informato delle sue condizioni e di tutte le possibili alternative terapeutiche e dei possibili sviluppi clinici e ne abbia discusso con il medico; il trattamento eutanasi rispetti la dignità del paziente e non provochi allo stesso sofferenze fisiche.

Salvatore CAPONE (PD), *relatore per la XII Commissione*, fa presente che nello svolgimento della sua relazione introduttiva si limiterà ad illustrare il contenuto delle proposte di legge recanti norme in materia di eutanasia, assegnate alle Commissioni riunite II e XII, soffermandosi sugli aspetti che afferiscono maggiormente alle competenze della Commissione Affari sociali, rinviando alla relazione svolta dal collega della Commissione Giustizia per quanto riguarda gli aspetti penalistici.

Prima di entrare nel merito delle proposte di legge in oggetto, desidera ricordare che la Commissione affari sociali ha avviato il 4 febbraio scorso l'esame di numerose proposte di legge in materia di consenso informato e di dichiarazione anticipate di trattamento sanitario (cosiddette DAT).

Pur nella consapevolezza della forte contiguità esistente tra i due temi, non può non evidenziare, per una questione di chiarezza, che resta comunque diverso l'obiettivo che si intende raggiungere: da un lato, infatti, si vuole dare pienezza al principio del consenso informato e alla libertà di accettare o rifiutare le cure, mentre dall'altro si mira a depenalizzare quello che ora è reato, portando l'espres-

sione della volontà dei singoli fino alla possibilità di chiedere ed imporre ad altri di mettere fine alla vita.

Passando, quindi, ad esaminare i contenuti delle proposte di legge all'ordine del giorno, segnala, in particolare, che l'articolo 3 della proposta di legge C. 2973 Nicchi – dal contenuto pressoché identico a quello della proposta di legge 2218 Di Salvo – disciplina la dichiarazione anticipata di trattamento, che può essere redatta per iscritto da ogni persona maggiorenne che tema di perdere la propria capacità di intendere e di volere, con cui il soggetto esprime la volontà che gli venga praticata l'eutanasia in presenza di alcune condizioni: una patologia grave ed incurabile con sofferenze fisiche o psichiche costanti e insopportabili; incapacità di intendere e di volere; diagnosi medica di patologia infausta con prognosi medica di irreversibilità.

Nella dichiarazione anticipata sono indicate una o più persone di fiducia maggiorenti – che non possono essere il medico curante o quello consultato e i membri dell'équipe sanitaria – con il compito di informare il medico della volontà del paziente. Sono poi indicate le modalità in cui viene perfezionata la dichiarazione, che può essere ritirata e modificata in ogni momento.

Con regolamento del Ministro della salute, sono definite le modalità relative alla presentazione, conservazione, conferma, ritiro e alla comunicazione della dichiarazione anticipata.

Viene poi precisato che il medico che pratica l'eutanasia a seguito della dichiarazione anticipata non è punibile se presta la propria opera alle condizioni stabilite dalla legge e se ha accertato la sussistenza delle medesime condizioni richieste per la compilazione della dichiarazione anticipata.

Senza pregiudizio per le terapie che vorrà mettere a disposizione del paziente, il medico curante, prima di procedere all'eutanasia, è tenuto in ogni caso ai medesimi obblighi di consultazione di un altro medico o dell'équipe sanitaria, nonché di dialogo con la persona di fiducia del

paziente, se nominata, e i familiari dello stesso, sulla volontà del paziente di essere sottoposto ad eutanasia. La dichiarazione anticipata, la documentazione relativa alla procedura seguita dal medico curante con i relativi risultati, il rapporto redatto dal medico o dai medici consultati sono inseriti nella cartella clinica del paziente.

Osserva, poi, che l'articolo 4 prescrive la registrazione di ogni atto medico finalizzato a praticare l'eutanasia.

Un altro aspetto su cui intende soffermarsi, nell'ambito della stessa proposta di legge, riguarda l'istituzione, presso il Ministero della salute, della Commissione nazionale di controllo e di valutazione, disciplinata agli articoli da 5 a 9. È alla Commissione che l'articolo 6 rimette il compito di redigere un documento di registrazione che deve essere compilato dai medici curanti per ogni intervento di eutanasia da essi praticato.

L'articolo 7 descrive e disciplina gli adempimenti spettanti alla Commissione la quale esamina il documento di registrazione compilato e trasmesso dal medico curante e verifica se l'intervento di eutanasia è stato praticato secondo le condizioni previste dalla legge in esame.

Nel caso di dubbio, la Commissione può chiedere di essere portata a conoscenza dell'identità del paziente e chiedere al medico curante la cartella clinica dell'intervento di eutanasia. Qualora rilevi la non conformità dell'intervento praticato alle condizioni previste dalla legge, la Commissione trasmette tutta la documentazione alla procura della Repubblica competente in relazione al luogo di decesso del paziente.

I successivi articoli 8 e 9 riguardano, rispettivamente, obblighi di informazione verso le Camere sull'attuazione della legge e le spese di funzionamento della predetta Commissione.

Per quanto riguarda la proposta di legge C. 1582, d'iniziativa popolare, rinvia alla relazione del collega Farina, soffermandosi sull'articolo 4, che attribuisce ad ogni soggetto la facoltà di redigere un atto scritto, con il quale chiede l'applicazione dell'eutanasia nell'ipotesi in cui sia affetto

da una malattia che comporta gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infau-  
sta inferiore a diciotto mesi, sia incapace di intendere e di volere ovvero di manifestare la propria volontà, e con il quale nomina contemporaneamente un fiduciario, ricorrendone le condizioni. Viene poi disposto che la richiesta di applicazione dell'eutanasia sia chiara e inequivoca, non sia sottoposta a condizioni e sia accompagnata da una dichiarazione con la quale il richiedente attesta di essersi documentato in ordine ai profili sanitari, etici ed umani. Anche la conferma della richiesta da parte del fiduciario deve essere chiara, inequivoca ed espressa per iscritto.

Tale disposizione non richiede, peraltro, quale requisito di validità dell'atto, la maggiore età del soggetto che compila la richiesta di applicazione dell'eutanasia, requisito espressamente indicato, invece, agli articoli 1 e 3 della stessa proposta di legge.

Procede, quindi, ad illustrare il contenuto della proposta di legge C. 3336 Bechis, composta da un solo articolo, che garantisce ad ogni persona il diritto di rifiutare l'inizio o la prosecuzione di trattamenti sanitari nonché ogni tipo di trattamento di sostegno vitale o terapia nutrizionale. Il personale medico e sanitario è tenuto a rispettare la volontà del paziente e non può dichiarare obiezione di coscienza.

Reputa pertanto opportuno considerare tale imposizione verso il personale medico e sanitario nel quadro dei principi costituzionali. Al riguardo, fa presente che l'obiezione di coscienza consiste nel rifiuto individuale, pubblicamente espresso, di tenere il comportamento, imposto da un obbligo giuridico di fare, che la coscienza ritiene ingiusto in forza di una norma etica, religiosa, filosofica, sentita più vincolante della norma giuridica. Essa si concretizza nel « non fare » ciò che la legge impone di « fare », per ragioni attinenti alla coscienza con efficacia imperativa.

Rileva, al riguardo, che la Costituzione italiana, a differenza di altre Costituzioni (quali, ad esempio, quella tedesca), non prevede espressamente il diritto di obiezione di coscienza; ciò nonostante in dot-

trina risulta oggi prevalente l'interpretazione che riconosce l'obiezione di coscienza come un diritto costituzionalmente tutelato, che viene fondato sulla libertà di coscienza, ed implica il duplice diritto non solo di non ricevere imposizioni nella formazione dei propri convincimenti, ma anche di tenere comportamenti esterni secondo i dettami della propria coscienza, poiché è innanzitutto nelle manifestazioni esterne che deve estrinsecarsi la libertà giuridica di coscienza.

Viene, inoltre, rimessa ad un decreto del Ministro della salute – da emanare entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge – l'individuazione: delle procedure necessarie a garantire l'attuazione del diritto sopracitato eventualmente prevedendo la sostituzione del personale medico e sanitario che a in cura il paziente; della procedura idonea ad accertare l'espressione della volontà del paziente di cui sopra in modo pieno, libero, certo e consapevole; della procedura idonea alla raccolta, conservazione, accessibilità e variazione delle manifestazioni di volontà espresse in assenza di trattamenti sanitari, di sostegno vitale e di terapia nutrizionale da un soggetto sano che ha timore di perdere la propria capacità di intendere e di volere; di un soggetto responsabile del monitoraggio della corretta attuazione delle disposizioni con il compito di rimuovere gli ostacoli che si frappongono a tale attuazione, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Viene stabilito, inoltre, che il personale medico e sanitario che non rispetta la volontà dei soggetti di esercitare il diritto di rifiuto delle cure nei modi indicati dal decreto di attuazione è tenuto, fermo re-

stando le eventuali responsabilità di natura penale e civile, al risarcimento del danno morale e materiale provocato dal proprio comportamento.

Le fattispecie penali previste dagli articoli 575 (omicidio), 579 (omicidio del consenziente), 580 (istigazione o aiuto al suicidio) e 593 (omissione di soccorso) del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario che hanno praticato trattamenti eutanasi, provocando la morte del paziente, purché quest'ultimo abbia espresso tale volontà nelle forme previste.

Fa presente, infine, che nella proposta in oggetto si prevede che la persona deceduta a seguito di un intervento di eutanasia praticato in conformità alle condizioni e alle procedure previste dalla legge in esame, è dichiarata deceduta di morte naturale a tutti gli effetti di legge.

Matteo MANTERO (M5S) chiede alla presidente Sbrollini se allo svolgimento delle relazioni introduttive seguirà la discussione sulle proposte di legge in oggetto.

Daniela SBROLLINI, *presidente*, fa presente che il dibattito si svolgerà nelle successive sedute delle Commissioni riunite, in assenza di tempi congrui per avviarlo nella giornata odierna, stante l'approssimarsi della ripresa delle votazioni in Assemblea ed essendo già previste altre sedute di ciascuna delle due Commissioni stesse. Rinvia, quindi, il seguito dell'esame ad altra seduta.

**La seduta termina alle 13.**