

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3132

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**PISAPIA, TITTI DE SIMONE, DEIANA, ALFONSO GIANNI,
MASCIA, RUSSO SPENA, VALPIANA**

Norme in materia di eutanasia

Presentata il 4 settembre 2002

ONOREVOLI COLLEGHI! — È ormai necessario avviare, in Parlamento e nel Paese, un serio confronto, privo di pregiudizi ideologici, su un tema tanto delicato, quale è quello relativo all'affermazione del diritto ad una morte dignitosa, del diritto cioè di ciascun individuo di scegliere le modalità dell'interruzione della propria sopravvivenza, nel caso di patologie non curabili e pervenute alla fase terminale.

La necessità di un confronto, nel rispetto reciproco di posizioni diverse, sul ruolo che deve avere lo Stato, e la sua legislazione, rispetto alle decisioni individuali, anche quelle che riguardano la propria vita, o la possibilità di una « dolce morte » — chiaramente in situazioni in cui vi siano precise condizioni tali da far consapevolmente scegliere una morte non dolorosa rispetto a una « sopravvivenza »

caratterizzata da sofferenze non più sopportabili, da una « non vita » in quanto ormai priva di dignità a causa di malattie che non danno speranza di prognosi positive — ha trovato spesso conferma, oltre che nelle riflessioni di malati terminali con sofferenze insopportabili, anche in quelle di alcuni medici: « Assisto ormai da anni molti pazienti malati di cancro (...). Nei loro occhi, negli ultimi giorni della loro vita, ho letto la voglia di farla finita. Qualcuno mi ha chiesto di espressamente di aiutarlo in questo senso. La mia coscienza, l'etica, la fede, il senso di umanità, la cultura hanno vacillato. E oggi mi chiedo se questo mostro quasi impronunciabile, l'eutanasia, sia da giudicare assolutamente impraticabile » (estratto di una lettera pubblicata da *La Repubblica* in data 5 novembre 2002).

Questa, come altre testimonianze, non possono non fare riflettere sul fatto che il « diritto alla vita » non può essere inteso come una coercizione a « vivere », indipendentemente dalle condizioni concrete di una simile « sopravvivenza ».

Certo, non può essere il legislatore a dare una risposta a dilemmi etici e filosofici, ma il Parlamento — di fronte ad un problema così rilevante e che riguarda migliaia di persone — non può limitarsi a rimuoverlo, ma ha il dovere di affrontarlo dando una risposta che deve tenere conto della realtà.

Significativo, a tale proposito, è il risultato di una recente indagine curata dai ricercatori dell'università Cattolica di Milano, allo scopo di conoscere le risposte che quotidianamente molti medici danno — seguendo la propria coscienza e sulla base della delle proprie conoscenze scientifiche — di fronte a situazioni concrete, rispetto ad un problema che è sempre più spesso spunto di riflessioni bioetiche.

L'indagine, svolta nei venti centri di terapia intensiva milanesi tramite questionari a risposta anonima, e che verte sul comportamento dei medici rianimatori chiamati ad assistere persone in condizioni estremamente critiche, ha portato ai seguenti risultati: circa il 4 per cento dei rianimatori praticerebbe la cosiddetta « eutanasia attiva », somministrando farmaci letali ai pazienti terminali che dipendono solo da un respiratore, mentre l'80 per cento avrebbe ammesso di aver attuato almeno una volta quella passiva, cioè di aver « staccato la spina del respiratore », spesso senza consultare i pazienti (notizia riportata da *Il Corriere della Sera* del 12 novembre 2002).

I ricercatori hanno quindi rilevato che, pur se l'eutanasia, in ogni sua forma, non è attualmente ammessa dal codice deontologico, molti medici decidono, in scienza e coscienza, quando la vita del paziente volge al termine.

Anche alla luce di quanto accade nella realtà, nel caso di un individuo affetto da patologie non curabili e pervenute alla fase terminale, non appare insensato, ma anzi diventa un dovere giuridico e morale,

accordare (al singolo) la facoltà di scegliere la modalità della propria esistenza, definendo con chiarezza una normativa che impedisca abusi e tenga conto della effettiva volontà della persona malata.

In qualsiasi campo, e quindi anche quando si parla di vita o di morte e, in particolare, del diritto a una vita dignitosa e alla scelta di una morte che faccia cessare sofferenze e dolori non sopportabili, il concetto di « dignità » deve essere valutato tenendo conto della situazione soggettiva (ciò che può essere considerato « indegno » per qualcuno, per altri può essere espressione del massimo di « dignità »); analoga relatività deve, quindi, riconoscersi anche al concetto di vita dignitosa e di morte dignitosa.

Questo è il principale motivo per il quale deve essere riconosciuta al singolo la facoltà di auto-determinazione in scelte fondamentali quali quelle che riguardano la sua vita e la sua morte. Soprattutto in presenza di una malattia terminale e di dolori insopportabili: situazione che può ben assumere la connotazione di « non-vita », oppure di vita « meramente apparente », caratterizzata cioè da un massimo di sofferenza e da un minimo di « condizione umana dignitosa ». In altre parole, in tale situazione ognuno, fino al momento in cui è pienamente consapevole, deve essere messo in condizione di poter esercitare una scelta di prosecuzione ovvero di interruzione della vita.

Il primo firmatario della presente proposta di legge, che già in data 6 luglio 2001 ha presentato una proposta di legge recante « Disposizioni in materia di interruzione volontaria della sopravvivenza » (Atto Camera n. 1242) — e che ha anche sottoscritto, quale primo firmatario, un'analoga proposta di iniziativa popolare predisposta dai Radicali italiani in tema di « Disposizioni in materia di legalizzazione dell'eutanasia » (Atto Camera n. 2974) — ritiene opportuno, quindi, porre all'attenzione del Parlamento una ulteriore proposta di legge che nasce dallo studio della legge recentemente approvata dal Parlamento belga (16 maggio 2002) e che, sotto condizioni rigorose, autorizza l'eutanasia.

L'ottica nella quale si pone la presente proposta di legge è quella del riconoscimento della possibilità di scegliere la modalità della fine della propria esistenza, nel caso di patologie non curabili e in fase terminale, quale aspetto del diritto a non essere sottoposti a trattamenti sanitari senza il proprio consenso, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, dal codice di deontologia medica e dalla Convenzione europea per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, resa esecutiva ai sensi della legge 28 marzo 2001, n. 145. Tale Convenzione prevede il diritto di ciascun individuo di scegliere di interrompere la propria sopravvivenza nel caso di malattie con prognosi infausta e in fase terminale, mediante un'apposita dichiarazione di volontà, revocabile e modificabile in qualunque momento. Ne consegue che il medico che pratica l'eutanasia non è punibile se rispetta le condizioni e le procedure indicate dalla presente proposta di legge e, in particolare, se ha preventivamente accertato che:

a) il paziente è maggiorenne, capace di intendere e di volere al momento della richiesta;

b) la richiesta di eutanasia è stata formulata volontariamente, è stata ben ponderata e ripetuta, e non è il risultato di una pressione esterna;

c) il paziente è affetto da una malattia con prognosi infausta e in fase terminale, senza alcuna prospettiva di sopravvivenza, e le sue sofferenze fisiche o psichiche sono costanti e insopportabili e tali da non poter essere eliminate con trattamenti farmacologici, a causa di lesioni psicofisiche o di una malattia grave e incurabile.

L'eutanasia può essere anche praticata nei confronti di persone affette da patologia grave ed incurabile e che non sono più in grado di intendere e di volere (e non potrebbero quindi effettuare una valida richiesta di eutanasia), qualora queste abbiano sottoscritto la cosiddetta «dichiarazione anticipata», entro i cinque anni immediatamente precedenti la situazione che rende impossibile la manifestazione cosciente della propria volontà.

È inoltre prevista l'istituzione di una Commissione nazionale che verifica se l'eutanasia sia stata effettuata secondo le condizioni e le procedure previste.

La presente proposta di legge, è opportuno ripeterlo, ha lo scopo di aprire un dibattito in Parlamento che possa, nel rispetto delle opinioni di tutti, portare una risposta il più possibile condivisa non solo rispetto a scelte, di certo non facili, che molti — medici, malati e loro familiari — si trovano quotidianamente a dover fare, ma anche rispetto a un tema su cui il dibattito, e il confronto, nel Paese è sempre più attuale.

PROPOSTA DI LEGGE

—

CAPO I

DISPOSIZIONI GENERALI

ART. 1.

1. Ai fini dell'applicazione della presente legge, per eutanasia si intende l'atto praticato da un terzo, che mette volontariamente fine alla vita di una persona che si trova nelle condizioni di cui all'articolo 2, a seguito della richiesta della medesima persona.

CAPO II

CONDIZIONI E PROCEDURA

ART. 2.

1. Il medico che pratica l'eutanasia, di seguito denominato « medico curante », non è punibile se presta la propria opera alle condizioni e con le procedure stabilite dalla presente legge e se ha accertato, con i mezzi medico-scientifici esistenti, che:

a) il paziente è maggiorenne, capace di intendere e di volere al momento della richiesta;

b) la richiesta è stata formulata in maniera volontaria, è stata ben ponderata e ripetuta, e non è il risultato di una pressione esterna;

c) il paziente è affetto da una patologia con prognosi infausta e in fase terminale, senza alcuna prospettiva di sopravvivenza e le sue sofferenze fisiche o psichiche sono costanti e insopportabili, e tali da non poter essere eliminate con trattamenti farmacologici.

2. Senza pregiudizio per le terapie che comunque vorrà mettere a disposizione del paziente, il medico curante è tenuto, in ogni caso e prima di procedere all'eutanasia, a:

a) informare il paziente sulla sua situazione clinica e sulle prospettive di vita; chiedere conferma al paziente della sua richiesta di eutanasia e documentarlo sulle possibilità terapeutiche ancora attuabili e sui trattamenti palliativi, nonché sulle loro conseguenze;

b) dialogare con il paziente al fine di condividere con lui la convinzione che non vi sia altra soluzione ragionevole per la sua patologia, nonché accertare che la richiesta dello stesso paziente sia volontaria e oggetto di una decisione esclusivamente personale;

c) accertare che perduri lo stato di sofferenza fisica o psichica del paziente, e che lo stesso sia ancora intenzionato a chiedere l'eutanasia. A tale fine, il medico avvia una serie di colloqui periodici in modo da poter osservare e valutare l'evoluzione delle condizioni psico-fisiche del paziente;

d) consultare un altro medico ai fini della conferma del carattere grave e incurabile della malattia, informandolo del motivo della consulenza. Il medico consultato prende visione della cartella clinica, visita il paziente e valuta se le sue sofferenze fisiche o psichiche abbiano carattere costante, insopportabile e non siano suscettibili di alcun miglioramento a fronte di ulteriori trattamenti terapeutici. Al termine dell'esame redige un rapporto nel quale espone le sue considerazioni sul caso. Il medico consultato non deve avere avviato alcun contatto precedente con il paziente, neanche di tipo personale, deve assicurare la propria indipendenza di giudizio nei confronti del medico curante e deve essere competente rispetto alla patologia esaminata. Il medico curante informa il paziente sull'esito della consulenza;

e) consultare e tenere conto delle considerazioni dell'*équipe* sanitaria, ove

presente, in merito alla richiesta di eutanasia avanzata dal paziente;

f) informare della richiesta di eutanasia, su espressa volontà del paziente, i familiari e le persone di fiducia indicate dallo stesso paziente;

g) garantire al paziente la possibilità di consultarsi con le persone da lui indicate in merito alla richiesta di eutanasia.

3. Se il medico curante ritiene che il decesso non avverrà a breve scadenza è tenuto a:

a) consultare un altro medico, psichiatra o specialista nella specifica patologia, informandolo del motivo della consulenza. Il medico consultato prende visione della cartella clinica, visita il paziente, valuta se le sue sofferenze fisiche e psichiche abbiano carattere costante, insopportabile e non siano suscettibili di miglioramenti a fronte di specifici trattamenti terapeutici. Si assicura, altresì, del carattere volontario, ponderato e ripetuto della richiesta. Lo stesso medico redige un rapporto nel quale espone le sue considerazioni sul caso. Il medico consultato deve avere le medesime caratteristiche di indipendenza stabilite al comma 2, lettera d), nei confronti del paziente, del medico curante e del medico consultato ai sensi della citata lettera d). Il medico curante informa il paziente sull'esito della consulenza;

b) lasciare trascorrere almeno un mese tra la data della dichiarazione scritta del paziente di cui al comma 4 e l'attuazione dell'intervento di eutanasia.

4. La richiesta del paziente deve risultare da una dichiarazione scritta, redatta, datata e firmata personalmente. Se il paziente non è in grado di compilare tale dichiarazione, può affidare l'incarico a persona di sua fiducia, purché maggiorenne. Il soggetto incaricato è tenuto a riportare, nella dichiarazione, che il paziente non è in grado di scrivere personalmente la sua richiesta di eutanasia, indicandone le ragioni. In tale caso, la

richiesta è redatta per iscritto in presenza del medico curante, le cui generalità sono riportate dall'incaricato nella dichiarazione. Tale dichiarazione è allegata alla cartella clinica del paziente.

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

6. La dichiarazione scritta 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.

CAPO III

DICHIARAZIONE ANTICIPATA

ART. 3.

1. Ogni persona maggiorenne può, qualora tema di perdere la propria capacità di intendere e di volere, mediante una apposita dichiarazione scritta anticipata, esprimere la volontà che gli venga praticata l'eutanasia, nel caso in cui sussistano le seguenti condizioni:

a) presenza di una patologia grave e incurabile e di sofferenze fisiche e psichiche costanti e insopportabili;

b) incapacità di intendere e di volere;

c) diagnosi medica di patologia con prognosi infausta di irreversibilità.

2. Nella dichiarazione anticipata sono indicate una o più persone di fiducia maggiorenni, alle quali è affidato il compito di informare il medico curante della volontà del paziente. In caso di rifiuto, impedimento, incapacità o morte di una delle persone di fiducia, subentra quella che eventualmente segue nell'elenco. Il medico curante, il medico o i medici consultati ai sensi dell'articolo 2, commi 2 e 3, e i membri dell'*équipe* sanitaria di cui al medesimo comma 2, lettera e), non

possono essere designati come persone di fiducia. La dichiarazione può essere fatta in ogni momento; deve risultare in un atto scritto, redatto alla presenza di due testimoni maggiorenni che non devono avere alcun interesse materiale nel decesso del dichiarante. Tale atto deve contenere le generalità del paziente, la data di compilazione e deve essere sottoscritto dall'interessato, dai testimoni e, se indicata o indicate nella dichiarazione, dalla o dalle persone di fiducia.

3. Se la persona che intende fare la dichiarazione anticipata si trova in condizioni di inabilità fisica permanente che le impediscono di redigerla e di firmarla, la dichiarazione può essere redatta da una persona maggiorenne di sua scelta in presenza di due testimoni, senza alcun interesse materiale al decesso del dichiarante. Nella dichiarazione deve essere precisato che il dichiarante non può redigere, né firmare l'atto, nonché i motivi dell'impedimento. In tale caso, la dichiarazione è datata e firmata dalla persona che la mette per iscritto, dai testimoni e, se indicata o indicate nella dichiarazione, anche dalla o dalle persone di fiducia. Il certificato medico che attesta l'inabilità fisica permanente è allegato alla dichiarazione.

4. La dichiarazione anticipata è valida solo se compilata entro i cinque anni immediatamente precedenti la condizione patologica che determina la perdita della capacità di intendere e di volere.

5. La dichiarazione anticipata può essere ritirata o modificata in ogni momento.

6. Il Ministro della salute determina, con apposito regolamento, le modalità relative alla presentazione, alla conservazione, alla conferma, al ritiro, nonché alla comunicazione della dichiarazione anticipata.

7. Il medico che pratica l'eutanasia a seguito della dichiarazione anticipata, non è punibile se presta la propria opera alle condizioni e con l'osservanza di quanto stabilito dalla presente legge, e se ha accertato che il paziente:

a) è affetto da una patologia grave e incurabile;

b) patisce sofferenze fisiche e psichiche costanti e insopportabili, tali da non poter essere eliminate con trattamenti farmacologici;

c) non è in grado di intendere e di volere;

d) è stato oggetto di una diagnosi medica di patologia con prognosi infausta ed irreversibile.

8. Senza pregiudizio per le terapie che comunque vorrà mettere a disposizione del paziente, il medico curante è tenuto in ogni caso, e prima di procedere all'eutanasia, a:

a) consultare un altro medico ai fini della conferma della diagnosi di patologia con diagnosi infausta ed irreversibile, informandolo del motivo della consulenza. Il medico consultato prende visione della cartella clinica, visita il paziente e redige un rapporto nel quale espone le sue considerazioni. Se con la dichiarazione anticipata è stata designata una persona di fiducia, il medico curante la mette al corrente dell'esito di tale consulenza. Il medico consultato deve avere le medesime caratteristiche di indipendenza stabilite dall'articolo 2, comma 2, lettera d), nei confronti del paziente e del medico curante, e deve essere competente rispetto alla patologia esaminata;

b) consultare e tenere conto delle considerazioni dell'*équipe* sanitaria, ove presente, in contatto costante con il paziente, in merito alla richiesta di eutanasia avanzata con la dichiarazione anticipata;

c) interpellare la persona di fiducia, se designata nella dichiarazione anticipata in merito alla volontà del paziente di essere sottoposto ad eutanasia;

d) interpellare i familiari del paziente, se indicati nella dichiarazione anticipata, in merito alla volontà del loro congiunto di essere sottoposto ad eutanasia.

9. La dichiarazione anticipata, la documentazione relativa alla procedura seguita dal medico curante con i relativi

risultati, nonché il rapporto redatto dal medico consultato, sono inseriti nella cartella clinica del paziente.

CAPO IV

REGISTRAZIONE

ART. 4.

1. Ogni atto medico finalizzato a praticare l'eutanasia deve essere registrato ai sensi di quanto disposto dal capo V. A tale fine, il medico curante consegna, entro quattro giorni lavorativi, la documentazione prevista dall'articolo 6, debitamente compilata, alla Commissione nazionale di controllo e valutazione di cui all'articolo 5.

CAPO V

COMMISSIONE NAZIONALE DI CONTROLLO E VALUTAZIONE

ART. 5.

1. È istituita, presso il Ministero della salute, la Commissione nazionale di controllo e valutazione sull'attuazione della presente legge, di seguito denominata « Commissione ».

2. La Commissione è composta da sedici membri, designati sulla base delle loro conoscenze e della loro esperienza nelle materie di competenza della stessa Commissione, così individuati: otto medici chirurghi, dei quali almeno quattro professori universitari; quattro professori universitari di materie giuridiche o avvocati; quattro rappresentanti delle associazioni e degli enti che si occupano delle problematiche relative alle persone affette da malattie con prognosi infausta, irreversibili e incurabili.

3. La qualità di membro della Commissione è incompatibile con il mandato parlamentare e con incarichi governativi.

4. La nomina dei membri della Commissione è deliberata dal Consiglio dei ministri.

5. I candidati che non sono stati designati come membri effettivi sono nominati membri supplenti secondo una lista che determina l'ordine nel quale saranno chiamati a subentrare in caso di impedimento temporaneo o permanente dei titolari.

6. Il presidente è eletto dai membri della Commissione.

7. Il presidente, i membri effettivi, nonché quelli supplenti, rimangono in carica per un periodo di quattro anni, prorogabile una sola volta.

8. La Commissione delibera in modo valido a condizione che almeno due terzi dei suoi membri siano presenti.

9. La Commissione stabilisce un regolamento interno, recante norme per lo svolgimento delle sue attività.

ART. 6.

1. La Commissione provvede alla redazione di un documento di registrazione che deve essere compilato dai medici curanti per ogni intervento di eutanasia da essi praticato.

2. Il documento di registrazione è composto da due fascicoli.

3. Il primo fascicolo reca i dati coperti dal segreto professionale e che non possono essere portati a conoscenza della Commissione prima che la stessa deliberi sul caso in oggetto, né possono costituire elemento di valutazione da parte della Commissione medesima, ad eccezione di quanto previsto dall'articolo 7, comma 1. Il fascicolo è sigillato dal medico curante e contiene le seguenti informazioni:

a) il nome, il cognome e la residenza del paziente;

b) il nome, il cognome e la residenza del medico curante;

c) il nome, il cognome e la residenza del medico o dei medici consultati sulla richiesta di eutanasia;

d) i nomi, i cognomi e la residenza delle persone interpellate dal medico curante con l'indicazione delle date di tali contatti e la specificazione dell'attività prestata;

e) se è stata fatta la dichiarazione anticipata, nella quale è designata una o più persone di fiducia, il nome, il cognome e la residenza della stessa.

4. Il secondo fascicolo contiene i seguenti dati:

a) il sesso, la data e il luogo di nascita del paziente;

b) la data, il luogo e l'ora del decesso;

c) l'indicazione della patologia grave e incurabile da cui era affetto il paziente;

d) le caratteristiche delle sofferenze fisiche o psichiche che hanno portato a definirle costanti e insopportabili;

e) gli elementi che hanno permesso di accertare che la richiesta di eutanasia è stata formulata in maniera volontaria, ponderata, e non è stata il risultato di una pressione esterna;

f) ogni elemento utile a comprovare che il decesso avrebbe avuto luogo comunque a breve termine;

g) l'esistenza o meno della dichiarazione scritta di volontà;

h) la procedura seguita dal medico curante nelle fasi precedenti all'intervento di eutanasia;

i) la qualifica dei medici consultati, del medico curante, e le date delle consulenze;

l) le modalità e la procedura seguita dal medico curante nell'intervento di eutanasia.

ART. 7.

1. La Commissione esamina il documento di registrazione debitamente compilato e trasmesso dal medico curante. La

stessa Commissione verifica sulla base del secondo fascicolo del documento di cui all'articolo 6, comma 4, se l'intervento di eutanasia è stato effettuato secondo le condizioni e le procedure previste dalla presente legge. In caso di dubbio, la Commissione può decidere, a maggioranza semplice, di essere portata a conoscenza dell'identità del paziente.

2. La Commissione, presa visione del primo fascicolo del documento di registrazione, di cui all'articolo 6, comma 3, può richiedere al medico curante la cartella clinica relativa all'intervento di eutanasia.

3. La Commissione si pronuncia entro due mesi dalla data di trasmissione del documento di registrazione.

4. Quando la Commissione, a seguito di una decisione presa dalla maggioranza dei due terzi dei suoi membri, delibera la non conformità delle procedure seguite alle norme di cui alla presente legge, trasmette la documentazione completa alla procura della Repubblica competente in relazione al luogo del decesso del paziente.

5. Qualora la conoscenza dell'identità del paziente richiesta ai sensi del comma 1 possa incidere sull'indipendenza o sull'imparzialità di giudizio di un membro della Commissione, questi ha l'obbligo di astenersi dall'esame del caso.

ART. 8.

1. La Commissione trasmette al Parlamento, ai fini dell'esame da parte dei competenti organi parlamentari, un anno dopo la data di entrata in vigore della presente legge e, in seguito, a cadenza biennale:

a) un rapporto statistico basato sulle informazioni raccolte nel secondo fascicolo del documento di registrazione che i medici consegnano compilato alla Commissione ai sensi dell'articolo 7;

b) un rapporto sull'attuazione della presente legge, corredato dalle valutazioni della Commissione.

2. Per la redazione dei rapporti di cui al comma 1, la Commissione può chiedere la collaborazione di esperti nonché raccogliere tutte le informazioni utili da autorità, enti, istituzioni nonché da ogni soggetto, pubblico o privato. Le informazioni raccolte dalla Commissione sono coperte dal segreto, in particolare per quanto riguarda l'identità delle persone citate nel documento di registrazione di cui all'articolo 6.

3. La Commissione può trasmettere le informazioni statistiche raccolte ai sensi del comma 1, lettera *a*), ad eccezione dei dati aventi carattere personale, agli istituti universitari, scientifici e di ricerca pubblici che ne facciano richiesta motivata.

ART. 9.

1. Le spese di funzionamento e quelle del personale della Commissione sono poste a carico per metà dello stato di previsione del Ministero della giustizia e per metà dello stato di previsione del Ministero della salute.

CAPO VI

DISPOSIZIONI FINALI

ART. 10.

1. Chiunque partecipa, a qualsiasi titolo, all'attuazione della presente legge, è tenuto al rispetto della riservatezza dei dati di cui viene a conoscenza nell'esercizio del suo compito. In caso di violazione del segreto si applicano le pene previste dall'articolo 326 del codice penale.

ART. 11.

1. La dichiarazione scritta e la dichiarazione anticipata, previste, rispettivamente, dagli articoli 2, comma 4, e 3, non hanno valore vincolante nei confronti del medico e di ogni altro soggetto.

2. Se il medico non intende praticare l'intervento di eutanasia, è tenuto ad informare tempestivamente il paziente o la persona di fiducia eventualmente nominata, ai sensi degli articoli 2 e 3, precisando le ragioni della propria scelta. Qualora la decisione sia dovuta a ragioni mediche, la motivazione è riportata nella cartella clinica del paziente unitamente all'eventuale proposta terapeutica.

3. Il medico che sceglie di non eseguire un'intervento di eutanasia è tenuto, su richiesta del paziente o della persona di sua fiducia, a consegnare la cartella clinica del paziente al medico curante designato da quest'ultimo o dalla persona di fiducia.

ART. 12.

1. La persona deceduta a seguito di un intervento di eutanasia, praticato in conformità alle condizioni e alle procedure stabilite dalla presente legge, è dichiarata deceduta di morte naturale a tutti gli effetti di legge.

€ 0,26



14PDL0037040