

## I comitati etici nelle scelte alla fine della vita: l'esperienza della Regione Veneto

Debora Provolo\*

ETHICS COMMITTEES AND END OF LIFE DECISIONS: THE EXPERIENCE IN VENETO

**ABSTRACT:** The paper analyses the role of the Ethics Committees for Clinical Practice (CEPC) in the Veneto Region with regard to requests for medical assistance in dying, considering constitutional jurisprudence and the lack of an organic legislative framework. After reconstructing the regional regulatory and organisational framework, the focus is on the experience of the CEPC of ULSS 6 Euganea and on the operational practices that have been followed to date in the management of requests for medically assisted death. The paper highlights the operational proposals put forward by the CEPC to ensure transparency, speed, and protection of people in vulnerable situations, emphasising the need for shared procedures, regional co-ordination among CEPCs, and structured investment in bioethical education.

**KEYWORDS:** medical assistance in dying; ethics committees for clinical practice; end of life; Veneto Region; ruling no. 242/2019; vulnerability; healthcare procedures; clinical bioethics

**ABSTRACT:** Il contributo analizza il ruolo dei Comitati Etici per la Pratica Clinica (CEPC) nella Regione Veneto con riferimento alle richieste di aiuto medico a morire, alla luce della giurisprudenza costituzionale e dell'assenza di una disciplina legislativa organica. Dopo aver ricostruito il quadro normativo e organizzativo regionale, l'attenzione si concentra sull'esperienza del CEPC dell'ULSS 6 Euganea e sulle prassi operative sinora seguite nella gestione delle richieste di morte medicalmente assistita. Il lavoro valorizza le proposte operative avanzate dal CEPC per garantire trasparenza, celerità e tutela delle persone in condizione di vulnerabilità, mettendo in luce la necessità di procedure condivise, di un coordinamento regionale tra i CEPC e di un investimento strutturato nella formazione bioetica.

**PAROLE CHIAVE:** aiuto medico a morire; Comitati etici per la pratica clinica; fine vita; Regione Veneto; sentenza n. 242/2019; vulnerabilità; procedure sanitarie; bioetica clinica

\* Professoressa associata di Diritto penale, Università degli Studi di Padova. Mail: [debora.provolo@unipd.it](mailto:debora.provolo@unipd.it). Contributo sottoposto al referaggio del comitato scientifico dell'evento.

SOMMARIO: 1. I Comitati etici per la pratica clinica nella Regione Veneto e il loro ruolo nella gestione delle richieste di aiuto medico a morire – 2. L'esperienza del CEPC dell'ULSS 6 Euganea.

## 1. I Comitati etici per la pratica clinica nella Regione Veneto e il loro ruolo nella gestione delle richieste di aiuto medico a morire

In Veneto l'attuale conformazione dei Comitati etici per la pratica clinica (CEPC) si deve ad una deliberazione della Giunta Regionale del 2014<sup>1</sup>, che ha provveduto a riordinare le previgenti disposizioni disciplinanti la rete dei Comitati etici già operanti sul territorio regionale. Nel 2004, infatti, erano già stati istituiti il Comitato Regionale per la Bioetica (CRB) e una serie di comitati etici a livello locale<sup>2</sup>, distinti per funzioni in Comitati etici per la sperimentazione clinica e Comitati etici per la pratica clinica. A seguito della complessiva riorganizzazione dei comitati etici a livello nazionale, operata ai fini di adeguamento della disciplina interna a quella europea<sup>3</sup>, i sei Comitati etici per la sperimentazione<sup>4</sup> sono stati sostituiti da tre Comitati Etici Territoriali (CET), competenti in via esclusiva per la valutazione delle sperimentazioni cliniche sui dispositivi medici e sui medicinali, coadiuvati dalle Unità di Ricerca Clinica (URC), quali articolazioni aziendali della rete regionale per la sperimentazione clinica<sup>5</sup>. I CEPC hanno invece mantenuto la loro funzione consultiva in relazione alle questioni etiche connesse alle attività assistenziali<sup>6</sup> e si configurano come organismi indipendenti, costituiti da personale sanitario e non sanitario (quali bioeticisti, giuristi, psicologi, assistenti sociali, ecc.)<sup>7</sup> nominati dal Direttore Generale dell'Azienda in aderenza ai criteri di interdisciplinarietà stabiliti dalla normativa regionale.

<sup>1</sup> D.G.R. n. 983 del 17.6.2014, *Disciplina della rete dei Comitati etici: riordino delle disposizioni relative al Comitato Regionale per la Bioetica e ai Comitati Etici per la Pratica Clinica*.

<sup>2</sup> D.G.R. n. 4049 del 22.12.2004, *Interventi in materia di Bioetica. Istituzionalizzazione del Comitato regionale per la Bioetica. Linee-guida per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione. Linee-guida per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati etici per la pratica clinica*.

<sup>3</sup> Regolamento europeo UE/536/2014 sulla sperimentazione clinica.

<sup>4</sup> I Comitati etici per la sperimentazione clinica sono stati dapprima oggetto di riordino ad opera della D.G.R. n. 1066 del 28.06.2013 al fine di adeguarne i requisiti già definiti dall'Amministrazione regionale alle sopravvenute disposizioni in materia, dettate dal decreto legge n. 158/2012, conv. con modificazioni dalla legge n. 189/2012 e dal decreto del Ministro della salute del 8.2.2013, e, successivamente, riorganizzati ad opera della D.G.R. n. 330 del 29.3.2023.

<sup>5</sup> Al fine di adeguare l'assetto dei comitati etici alla legge n. 3/2018 in materia di sperimentazione clinica e ai successivi decreti attuativi del 2023, con la D.G.R. n. 330 del 29.3.2023 sono stati istituiti tre Comitati Etici Territoriali – il Comitato Etico Territoriale Area Sud-Ovest Veneto (CESC Verona e Rovigo); il Comitato Etico Territoriale Area Centro-Est Veneto (CESC Provincia di Padova) e il Comitato Etico Territoriale Area Nord Veneto (CESC dell'IRCCS Istituto Oncologico Veneto) – e ne sono state ridefinite le modalità di nomina dei componenti e di funzionamento. Per una ricostruzione dell'evoluzione del quadro normativo dei Comitati etici in Veneto si rinvia al *Dossier sulla disciplina dei Comitati etici in Italia* reperibile sul sito [www.biodiritto.org](http://www.biodiritto.org).

<sup>6</sup> Il decreto del Ministero della Salute del 26 gennaio 2023, che individua i 40 Comitati etici territoriali, precisa, all'art. 1 comma 4°, che le Regioni hanno facoltà di mantenere operativi i Comitati etici esistenti sul territorio di competenza ma non inclusi nell'elenco dei 40 e che tali Comitati potranno operare per funzioni diverse da quelle attribuite in via esclusiva ai CET. Si tratta dunque di un riconoscimento formale, anche a livello normativo, dell'esistenza di altri Comitati, oltre a quelli per la sperimentazione: v. L. BUSATTA, *La funzione costituzionalmente necessaria dei comitati etici*, in *Responsabilità medica. Diritto e pratica clinica*, 2025, 227.

<sup>7</sup> V. art. 3 dell'Allegato B alla D.G.R. n. 983/2014.

I CEPC sono istituiti presso ciascuna Azienda ULSS e Ospedaliera; vi è inoltre un Comitato etico per la pratica clinica pediatrica con sede presso l'Azienda Ospedaliera di Padova e un CEPC presso l'Istituto Oncologico Veneto<sup>8</sup>. Le funzioni a cui sono preposti – secondo quanto previsto nella citata D.G.R. del 2014 – sono l'analisi etica di casi clinici; lo sviluppo di raccomandazioni e di indirizzi di carattere etico; la formazione in materia bioetica rivolta agli operatori sanitari e sociali e la sensibilizzazione della cittadinanza sui temi bioetici; essi inoltre forniscono un contributo alla riflessione sul tema della allocazione e dell'impiego delle risorse in ambito sanitario e socio-sanitario. I pareri formulati hanno carattere consultivo e non sono vincolanti, ma costituiscono un importante supporto verso decisioni eticamente giustificate in ambito sanitario.

Per quanto riguarda la competenza in merito alle questioni etiche in materia di aiuto medico a morire, i CEPC – opportunamente integrati nella loro composizione con componenti esterni – sono stati individuati dalla Regione come gli organismi competenti ad esprimere il loro parere alle strutture pubbliche del servizio sanitario regionale nei casi di gestione delle problematiche di fine vita<sup>9</sup>. È dunque affidato ai CEPC il ruolo di «organo collegiale terzo» chiamato ad intervenire, secondo la sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, per esprimere il parere consultivo necessario per «la delicatezza del valore in gioco» e a «tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità». Nella situazione di incertezza generata dalla sentenza della Consulta circa l'individuazione dei Comitati etici competenti<sup>10</sup>, la Regione Veneto ha quindi condivisibilmente optato per attribuire la competenza ai CEPC ed ha altresì richiesto un parere sugli aspetti etico-organizzativi concernenti le richieste di morte medicalmente assistita (MMA) al Comitato Regionale per la Bioetica, considerata la necessità, in un ambito così delicato, di procedure e metodologie condivise ed omogenee a livello regionale.

Nel parere reso in data 26.7.2022, il CRB ha affermato che i CEPC sono tenuti ad esprimere un parere obbligatorio ma non vincolante in merito alle implicazioni etiche delle richieste di MMA e che, a tal fine, le competenze proprie dei CEPC possono essere integrate da quelle di ulteriori professionisti. Il CRB ha altresì formulato una serie di raccomandazioni volte a garantire una migliore presa in carico della persona assistita. In particolare, si pongono in evidenza l'importanza della tempestività nell'espressione dei pareri etici e la necessità che i Comitati etici e gli esperti designati dall'Azienda per la verifica dei requisiti di accesso alla MMA operino in un'ottica di sinergia e di collaborazione tra di loro; si raccomanda, inoltre, il potenziamento, da parte delle Aziende sanitarie, della rete di cure palliative, nonché l'attivazione di percorsi di formazione specifica, da promuovere a livello regionale o ad opera delle Aziende sanitarie.

<sup>8</sup> In Veneto sono dunque attualmente presenti 13 CEPC: CEPC Azienda Ulss 1 Dolomiti; CEPC Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana; CEPC Azienda Ulss 3 Serenissima; CEPC Azienda Ulss 4 Veneto Orientale; CEPC Azienda Ulss 5 Polesana; CEPC Azienda Ulss 6 Euganea; CEPC Azienda Ulss 7 Pedemontana; CEPC Azienda Ulss 8 Berica; CEPC Azienda Ulss 9 Scaligera; CEPC e CEPC in Pediatria Azienda Ospedaliera di Padova; CEPC Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona; CEPC Istituto Oncologico Veneto.

<sup>9</sup> V. Nota prot. 4488 del 5.1.2022 del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto.

<sup>10</sup> Sulle problematiche relative all'individuazione dei comitati etici competenti in materia di aiuto al suicidio v. L. BUSATTA, *op. cit.*, 224 ss.; si veda altresì il documento *Risposta al Quesito del Ministero della Salute del 2 gennaio 2023*, 24 febbraio 2023, in [www.bioetica.governo.it](http://www.bioetica.governo.it), nel quale il Comitato Nazionale di Bioetica afferma che la competenza può attribuirsi ai CET, non escludendo tuttavia che nelle regioni nelle quali sono presenti, tale compito possa essere affidato ai Comitati per l'etica nella clinica.

Non vi sono, attualmente, in materia, protocolli o linee guida condivisi tra i diversi CEPC operanti in Veneto. Quanto alla legislazione regionale, occorre ricordare che la proposta di legge ad iniziativa popolare *“Procedure e tempi per l’assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale”*, presentata nel 2024, non è stata approvata dal Consiglio Regionale.

## 2. L’esperienza del CEPC dell’ULSS 6 Euganea

Il CEPC dell’ULSS 6 Euganea è stato interessato nel 2024 da un progressivo aumento delle richieste di aiuto medico a morire. Allo stato, tuttavia, manca la formalizzazione di una apposita procedura da seguire per la presa in carico di tali richieste.

La Direzione sanitaria ha inizialmente seguito la prassi di trasmettere subito la richiesta di morte medicalmente assistita al Comitato etico per il relativo parere senza procedere ad incaricare contestualmente anche una Commissione tecnica con il compito di accertare la sussistenza delle condizioni per l’accesso alla MMA, così come enucleate dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242/2019 e nella successiva sentenza n. 135/2024, in sostanza attendendo che fosse il CEPC a richiedere la nomina della Commissione stessa. Questo modo di procedere, tuttavia, ha talora comportato una dilatazione dei tempi di gestione delle richieste, oltre a generare una certa confusione sul ruolo che devono svolgere rispettivamente CEPC e Commissione tecnica.

La Commissione tecnica multidisciplinare finora è stata nominata di volta in volta, con riguardo al singolo caso, con qualche variazione relativamente ai membri che la compongono; in tutti i casi, comunque, la composizione è stata integrata da uno specialista a seconda della patologia da cui la persona richiedente l’aiuto medico a morire risultava affetta.

Secondo la prassi sinora seguita, la Commissione tecnica procede anzitutto a svolgere una prima riunione in cui viene deciso quali componenti incontreranno il/la richiedente, giacché si preferisce evitare che all’incontro partecipi l’intera Commissione posto che ciò potrebbe creare una situazione di ansia o agitazione nella persona che ha formulato la richiesta. L’individuazione dei membri che incontreranno la persona dipende dalle specificità del caso e dalla patologia da cui il/la richiedente è affetto. Di regola i componenti individuati incontrano singolarmente e separatamente la persona: si tratta di una modalità di procedere che allunga un po’ i tempi ma che pare maggiormente rispettosa e attenta alla condizione di vulnerabilità in cui il soggetto può trovarsi. Ogni componente redige poi un proprio parere; a ciò segue una riunione della Commissione tecnica al completo in cui si decide collegialmente in merito alla sussistenza dei requisiti e si redige una relazione finale sottoscritta da tutti e a cui vengono allegati i singoli pareri. La relazione finale viene quindi trasmessa al CEPC, che provvede ad esprimere il proprio parere. Peraltro la prassi sinora applicata ha visto, nella fase preliminare, anche il colloquio di un membro del Comitato etico con la persona richiedente.

Ad oggi sono pervenute all’ULSS 6 Euganea sette richieste di MMA. Per due di queste vi è stata la presa in carico da parte delle Cure Palliative, mentre altri due richiedenti hanno successivamente rinunciato. In tre casi la Commissione tecnica ha negato l’accesso alla procedura, con parere conforme del CEPC, poiché difettava il requisito dell’essere tenuti in vita da trattamenti di sostegno vitale.



Il Comitato etico, al fine di ridurre le incertezze rispetto a quali debbano essere i passaggi – e le relative tempistiche – tra Direzione sanitaria, CEPC e Commissione tecnica, ha ritenuto necessario sottoporre, a febbraio 2025, un documento alla Direzione sanitaria con alcune osservazioni e proposte in merito alla procedura che potrebbe essere seguita nella gestione delle richieste di MMA, traendo a tal fine utili spunti di riflessione dalle raccomandazioni sull'aiuto medico a morire elaborate dal gruppo di lavoro "Per un Diritto Gentile"<sup>11</sup>.

Invero, pur nella consapevolezza della difficoltà di individuare l'iter procedurale di accesso alla MMA in assenza di un intervento organico del legislatore statale o regionale in materia di aiuto medico a morire, il CEPC ritiene anzitutto necessaria l'adozione, da parte dell'ULSS 6 Euganea, di un atto interno che delinei in modo preciso gli aspetti organizzativi ed applicativi. Questo consentirebbe infatti di garantire maggiore trasparenza ed imparzialità nell'operato dell'amministrazione sanitaria, assicurando pari trattamento per tutti i richiedenti e offrendo altresì un supporto adeguato a tutti gli operatori coinvolti. Ciò avrebbe, inoltre, una ricaduta positiva quanto alla celerità nella gestione della richiesta, evitando attese o duplicazioni di passaggi tra gli organismi chiamati ad intervenire e nel rispetto della diversità dei ruoli.

Nel documento presentato il CEPC raccomanda dunque che l'Azienda sanitaria, non appena ricevuta la richiesta di MMA, provveda subito (cioè senza attendere la richiesta in tal senso da parte del CEPC) ad incaricare una apposita Commissione tecnica multidisciplinare affinché accerti la sussistenza delle condizioni per l'accesso alla MMA. L'accertamento dei requisiti si sostanzia infatti in una valutazione di tipo strettamente tecnico-clinico, che, anche alla luce delle citate sentenze della Corte Costituzionale, non può essere demandata al Comitato etico per la pratica clinica (neppure in una fase preliminare, al fine di decidere se coinvolgere o meno la Commissione tecnica), trattandosi di organo terzo il cui intervento riguarda le problematiche di carattere etico connesse alla richiesta di MMA e mira a tutelare i diritti e i valori della persona in condizione di vulnerabilità. Si segnala, peraltro, sotto questo profilo, che negli ultimi casi di richiesta di MMA pervenuti, la Direzione sanitaria ha provveduto subito ad incaricare anche la Commissione tecnica.

Nel documento del CEPC si suggerisce inoltre di individuare in via permanente la composizione della Commissione tecnica, ferma restando la possibilità di integrarla di volta in volta con le competenze tecniche necessarie in considerazione della specificità della situazione clinica nel caso concreto, pur nella consapevolezza che ciò dipende anzitutto dalla disponibilità di medici, oltre che da ragioni di tipo organizzativo. Quanto alle tempistiche di coinvolgimento del CEPC, nel documento presentato all'Azienda sanitaria si raccomanda che ciò avvenga in contemporanea alla nomina della Commissione tecnica, con la quale il CEPC è chiamato a coordinarsi, o dopo l'accertamento dei requisiti di accesso alla MMA da parte della Commissione stessa. La relazione medica relativa all'esito, positivo o negativo, della verifica dei requisiti dovrebbe essere in ogni caso tempestivamente trasmessa al CEPC affinché questo possa rendere il proprio parere alla Direzione dell'Azienda sanitaria. È compito del CEPC, anche nel caso in cui si ritenga di negare l'accesso alla MMA, formulare suggerimenti su come la persona che ha presentato la domanda possa essere accompagnata, aiutata e supportata nel suo percorso di fine vita. Così, del resto, è stato sempre fatto con riguardo alle richieste di aiuto medico a morire sinora trattate dal CEPC. Il Comitato può inoltre

<sup>11</sup> Documento "La richiesta di aiuto medico a morire: raccomandazioni sul ruolo dei comitati etici e delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale", reperibile all'indirizzo <https://www.dirittogentile.it/raccomandazioni-sullaiuto-medico-a-morire>.

suggerire eventuali proposte di integrazione rispetto a quanto emerge dalla relazione della Commissione tecnica, se ciò pare rispondente ai bisogni della persona in considerazione della sua condizione di fragilità e di sofferenza.

Oltre a ricordare l'importanza della verifica, da parte della struttura sanitaria e del CEPC in particolare, dell'adeguatezza della comunicazione rispetto all'offerta di cure palliative (anche al fine di comprendere le ragioni per le quali la stessa sia stata eventualmente rifiutata), il documento raccomanda che vengano stabiliti con precisione i tempi entro cui le varie fasi della procedura di accertamento dei requisiti di accesso alla MMA dovrebbero svolgersi, o comunque i tempi entro cui la procedura dovrebbe concludersi con la comunicazione dell'esito al/alla richiedente. Tali tempi dovrebbero essere comunque ragionevolmente rapidi, considerando la gravità della sofferenza e la necessità di tutelare i diritti e la dignità della persona richiedente.

Infine, nel documento si raccomanda all'Azienda sanitaria di individuare le modalità con cui la struttura sanitaria fornirà l'aiuto medico a morire, e dunque il supporto tecnico e farmacologico necessario, per le ipotesi in cui venga riconosciuta la sussistenza dei requisiti per accedere alla MMA, al fine di garantire alla persona una morte dignitosa, eventualmente prevedendo che l'assistenza medica possa avvenire anche presso il domicilio del/della richiedente.

Il documento presentato dal CEPC è tuttora al vaglio della Direzione dell'ULSS 6 e si auspica che si arrivi quanto prima alla formalizzazione di una procedura condivisa.

Restano comunque, a margine, alcune rilevanti problematicità inerenti, da un lato, i requisiti di accesso alla procedura di aiuto medico a morire e, dall'altro, il mancato coordinamento tra i diversi CEPC operanti a livello regionale.

Sotto il primo profilo permangono, ad esempio, anche dopo la sentenza n. 135 del 2024<sup>12</sup>, criticità di significativa rilevanza bioetica con riguardo all'accertamento del controverso requisito della «dipendenza da trattamenti di sostegno vitale»<sup>13</sup>. Le richieste sinora esaminate dal CEPC della ULSS 6 Euganea sono state rigettate proprio perché mancava tale requisito – che la Consulta individua come decisivo per evitare rischi di abusi e di pressioni sociali indirette –, il quale rappresenta tuttora una sorta di “zona grigia”, foriera di incertezze tanto definitorie quanto applicative (ad esempio con riguardo al criterio prognostico temporale richiamato dalla Consulta)<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> La sentenza, come noto, accoglie una interpretazione del requisito dei trattamenti di sostegno vitale di tipo estensivo, tale da includere tutte le procedure che sono normalmente compiute da personale sanitario, ma che potrebbero essere apprese da familiari o “caregivers” che si facciano carico dell'assistenza del paziente – quali l'evacuazione manuale dell'intestino del paziente, l'inserimento di cateteri urinari o l'aspirazione del muco dalle vie bronchiali –, e che «si rivelino in concreto necessarie ad assicurare l'espletamento di funzioni vitali del paziente, al punto che la loro omissione o interruzione determinerebbe prevedibilmente la sua morte in un breve lasso di tempo». In mancanza di una definizione legislativa, dunque, ciò che rileva è l'esposizione ad un rischio “prossimo di morte” in conseguenza del rifiuto del trattamento. Per un commento alla sentenza v., tra gli altri, F. CONSULICH, *La morte medicalmente assistita e la tentazione dell'overruling: il significato ambiguo del trattamento di sostegno vitale*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 2024, 1071 ss.; M. DONINI, *Cerchiobottismo sui principi e aperture di fatto per le anime prigioniere. Note a C. cost. n. 135/2024*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2024, 1812 ss.

<sup>13</sup> La Corte costituzionale, con la sent. n. 66/2025, ha comunque di recente ribadito che non è costituzionalmente illegittimo subordinare la non punibilità dell'aiuto al suicidio al requisito che il paziente necessiti, secondo la valutazione medica, di un trattamento di sostegno vitale.

<sup>14</sup> In argomento v. F. CONSULICH, *op. cit.*, 1080 ss.



Sono evidenti la complessità e la delicatezza dell'elaborazione di un parere sui profili etici connessi alle richieste di aiuto medico a morire e, se, da un lato, i CEPC hanno la specifica sensibilità e le competenze (anche grazie al fatto di essere composti da diverse professionalità), per assolvere alla funzione di tutela richiamata dalla Corte costituzionale, per altro verso non v'è dubbio, a mio avviso, che sia necessario investire seriamente nella formazione specifica dei membri dei Comitati etici.

Sotto il secondo profilo, occorre anzitutto prendere atto della perdurante incapacità di intervenire in materia di suicidio medicalmente assistito mostrata dal legislatore<sup>15</sup>, il quale alterna immobilismo a proposte di legge che si discostano in maniera evidente dallo spirito e dalla sostanza dalle sentenze della Corte costituzionale, e che, per quanto qui interessa, giungono anche a negare qualsiasi ruolo al Comitato etico<sup>16</sup>. A fronte della mancanza di una regolamentazione circa gli aspetti organizzativi e procedurali è allora imprescindibile, a mio avviso, un coordinamento o comunque un dialogo aperto a livello (quanto meno) regionale tra i CEPC, al fine di individuare prassi condivise che garantiscano una – almeno tendenziale – omogeneità di trattamento di coloro che richiedono l'accesso alla procedura alle diverse Aziende sanitarie del Veneto<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> Per alcune riflessioni in prospettiva di riforma si rinvia a E. PALERMO, D. PROVOLO, E. CADAMURO, *Profili penali dell'aiuto a morire: problematiche attuali e considerazioni de iure condendo anche in prospettiva comparatistica*, in *Responsabilità medica. Diritto e pratica clinica*, 1, 2022, 117 ss.; v. pure E. CADAMURO, *Risvolti penalistici dell'aiuto medico a morire: dalle criticità degli approdi giurisprudenziali alle prospettive de iure condendo*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2023.

<sup>16</sup> Si allude al recente Disegno di legge «Disposizioni esecutive della sentenza della Corte costituzionale del 22 novembre 2019, n. 242», il quale, tra l'altro, costruisce la causa di non punibilità in termini estremamente restrittivi (subordinandone l'operatività all'effettiva somministrazione di cure palliative e impiegando la terminologia «trattamenti sostitutivi di funzioni vitali»); per un commento critico v. A. MASSARO, *Il nuovo disegno di legge in materia di suicidio medicalmente assistito: come può uno scoglio arginare il mare?*, in *Giurisprudenza Penale Web*, 2025, 7-8. Peraltro, è evidente anche l'improprietà del linguaggio usato nella proposta di legge, laddove pare sia compito del Comitato nazionale di valutazione rilasciare parere obbligatorio non tanto sui requisiti di accesso alla procedura quanto proprio sulla sussistenza o meno dei requisiti per l'esclusione della punibilità ex art. 580 c.p.

<sup>17</sup> Al fine di garantire l'uniformità delle procedure potrebbe essere rilevante, in termini di coordinamento e supporto nonché di condivisione di esperienze, anche l'apporto del Comitato Regionale per la Bioetica, il quale, tuttavia, al momento, non risulta essere stato rinnovato dopo la sua scadenza nel 2023.