

Bollettino Ufficiale dello Stato
Legislazione consolidata

Legge Organica 3/2021, del 24 marzo, di regolamentazione dell'eutanasia

Pubblicata nel:

BOE Bollettino Ufficiale dello Stato n. 72, del 25/03/2021

Entrata in vigore:

25/06/2021

Dipartimento:

Gabinetto del Capo di Stato

Riferimento:

[BOE-A-2021-4628](#)

Permalink ELI:

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3/con>

TESTO CONSOLIDATO

FILIPPO VI

RE DI SPAGNA

A tutti coloro che hanno visto e compreso la presente.

Sappiate: Che le Cortes Generales (Congresso dei Deputati e Senato ndt) hanno approvato e Io ho sancito la seguente legge organica:

PREAMBOLO

I

La presente Legge intende dare una risposta giuridica, sistematica, equilibrata e di garanzia, a una domanda sostenuta dalla società odierna come è l'eutanasia.

Eutanasia significa etimologicamente "buona morte" e può essere definita come l'atto deliberato di porre fine alla vita di una persona, prodotto della volontà espressa dalla persona stessa e con lo scopo di evitare la sofferenza. Nelle nostre dottrine bioetica e penale c'è oggi un ampio consenso a limitare l'uso del termine "eutanasia" a quella che si realizza in modo attivo e diretto, di modo che le azioni per omissione che si definivano come eutanasia passiva (non adozione di trattamenti tendenti a prolungare la vita e l'interruzione di quelli somministrati in accordo con la *lex artis*), o quelle che potrebbero essere considerate come eutanasia attiva indiretta (uso di farmaci o mezzi terapeutici che alleviano la sofferenza fisica o psichica nonostante accelerino la morte del paziente - cure palliative -) sono state escluse dal concetto bioetico e giurico-penale di eutanasia.

Il dibattito sull'eutanasia, sia dal punto di vista della bioetica che del Diritto, si è fatto strada negli ultimi decenni nel nostro paese e nei paesi vicini, non solo negli ambiti accademici ma anche nella società, dibattito che si anima periodicamente a causa di casi personali che commuovono l'opinione pubblica. Un dibattito in cui convergono cause diverse, come l'allungamento crescente della speranza di vita, con il conseguente posticipo dell'età di morte, in condizioni non di rado di significativo deterioramento fisico e psichico; l'aumento dei mezzi tecnici capaci di sostenere a lungo la vita delle persone, senza ottenere la guarigione o un significativo miglioramento della qualità della vita; la secolarizzazione della vita e della coscienza sociale e dei valori delle persone; o il riconoscimento dell'autonomia della persona anche in campo sanitario, tra gli altri fattori. Ed è proprio obbligo del legislatore prestare attenzione alle richieste e ai valori della società, preservandone e rispettandone i diritti e adeguando di conseguenza le norme che ordinano e organizzano la nostra convivenza.

La legalizzazione e la regolamentazione dell'eutanasia si basano sulla compatibilità con alcuni principi essenziali che sono alla base dei diritti delle persone e che sono enunciati nella Costituzione spagnola. Sono, da un lato, i diritti fondamentali alla vita e all'integrità fisica e morale e, dall'altro, beni costituzionalmente tutelati come la dignità, la libertà o l'autonomia della volontà.

È necessario e possibile rendere compatibili questi diritti e principi costituzionali, pertanto è d'obbligo una legislazione che li rispetti tutti. Non basta semplicemente depenalizzare le condotte che comportano una qualche forma di aiuto alla morte di un'altra persona, anche quando venga attuata per espressa volontà della persona stessa. Una tale modifica legale lascerebbe le persone non protette rispetto al loro diritto alla vita che il nostro quadro costituzionale pretende di proteggere. Si cerca, invece, di legiferare per rispettare l'autonomia e la volontà di porre fine alla vita di chi si trova in una situazione di grave sofferenza, cronica e invalidante o di malattia grave e incurabile, causa di una sofferenza insopportabile che non può essere alleviata in condizioni considerate accettabili, quello che chiamiamo un contesto eutanasi. A tal fine, la presente Legge regola e depenalizza l'eutanasia in determinati casi, definiti chiaramente e soggetti a sufficienti garanzie che salvaguardino l'assoluta libertà di decisione, escludendo pressioni esterne di qualsiasi tipo.

Nel panorama dei paesi a noi vicini si riconoscono fondamentalmente due modelli di trattamento normativo dell'eutanasia.

Da un lato, i paesi che depenalizzano le condotte eutanasiche quando si valuta che chi le attui non abbia un comportamento egoistico e quindi sia mosso da una motivazione compassionevole, facendo sí che si creino situazioni giuridiche indeterminate che non offrono le garanzie necessarie.

Dall'altro, i paesi che hanno regolamentato i casi in cui l'eutanasia è una pratica legalmente ammissibile, purché siano rispettati specifici requisiti e garanzie.

Nell'analisi di queste due alternative giuridiche, è rilevante la dottrina della Corte europea dei diritti dell'uomo la quale, nella sua sentenza del 14 maggio 2013 (causa Gross vs. Svizzera), ritenne inaccettabile che un Paese che abbia depenalizzato le condotte eutanasiche non abbia elaborato e promulgato uno specifico regime giuridico, definendo le modalità di attuazione di tali condotte eutanasiche. Questa Legge intende inserirsi nel secondo modello normativo, disciplinando in modo sistematico e ordinato i casi in cui l'eutanasia non debba essere oggetto di sanzione penale. Così la Legge distingue tra due diverse condotte eutanasiche, l'eutanasia attiva e quella in cui il paziente stesso pone fine alla propria vita, per questo ha bisogno della collaborazione di un professionista sanitario che, intenzionalmente e consapevolmente, fornisca i mezzi necessari, tra cui la consulenza sulla sostanza e sulle dosi necessarie dei farmaci, sulla loro prescrizione o anche sulla loro fornitura affinché il paziente possa somministrarseli. Mentre l'eutanasia attiva è l'azione in cui un professionista sanitario pone fine alla vita di un paziente deliberatamente e su sua richiesta, quando essa si verifichi in un contesto eutanastico a causa di una condizione grave, cronica e invalidante o di una malattia grave e incurabile, causa di sofferenza intollerabile.

Il contesto eutanastico, in cui è legalmente ammesso prestare aiuto a morire ad un'altra persona, deve essere delimitato in riferimento a determinate condizioni che incidono sulla situazione fisica in cui si trova la persona con la conseguente sofferenza fisica o psichica, alle possibilità di intervento per alleviare la sua sofferenza, e alle convinzioni morali della persona circa la conservazione della sua vita in condizioni che considera incompatibili con la sua dignità personale. Allo stesso modo, devono essere stabilite garanzie affinché la decisione di porre fine alla vita avvenga con assoluta libertà, autonomia e conoscenza, quindi al riparo da pressioni di ogni genere che potrebbero provenire da ambienti sociali, economici o familiari sfavorevoli, o anche da decisioni affrettate. Questo contesto eutanastico, così delimitato, richiede una valutazione qualificata ed esterna rispetto al richiedente e all'esecutore, prima e dopo l'atto eutanastico. Al tempo stesso, attraverso la possibilità dell'obiezione di coscienza, viene garantita la sicurezza giuridica e il rispetto della libertà di coscienza del personale sanitario chiamato a collaborare all'atto di aiuto medico a morire, intendendo il termine "medico" implicito nella Legge quando si parla di aiuto a morire, e inteso in senso generico in riferimento all'insieme delle prestazioni e degli ausili assistenziali che il personale sanitario deve fornire, nell'ambito delle proprie competenze, ai pazienti che richiedono l'aiuto necessario a morire.

In definitiva, questa Legge introduce nel nostro ordinamento giuridico un nuovo diritto individuale, cioè l'eutanasia. Con essa si intende l'azione che provoca la morte di una persona in modo diretto e intenzionale mediante una relazione causa-effetto unica ed immediata, su richiesta informata, espressa e ripetuta nel tempo da detta persona, e che si realizza in un contesto di sofferenza dovuta a una malattia o condizione incurabile che la persona vive come inaccettabile e che non ha potuto essere mitigata con altri mezzi. Così definita, l'eutanasia si collega ad un diritto fondamentale della persona costituzionalmente tutelato, come la vita, che però deve essere armonizzato anche con altri diritti e beni, ugualmente tutelati costituzionalmente, come l'integrità fisica e morale della persona (art. 15 CS – Costituzione spagnola ndr), la dignità umana (art. 10 CS), il valore superiore della libertà (art. 1.1 CS), la libertà di pensiero e di coscienza (art. 16 CS) o il diritto alla privacy (art. 18.1 CS). Quando una persona pienamente capace e libera affronta una situazione vitale che a suo avviso viola la sua dignità, privacy e integrità, come quella che definisce il contesto eutanastico sopra descritto, il bene della vita può decadere a favore di altri beni e diritti con i quali deve essere soppesato, ogni volta che non esista un dovere costituzionale di imporre o tutelare la vita a tutti i costi e contro la volontà del titolare del diritto alla vita. Per lo stesso motivo, lo Stato è obbligato a disporre un regime giuridico che stabilisca le necessarie garanzie e sicurezza giuridica.

II

Questa Legge si compone di cinque capitoli, sette disposizioni aggiuntive, una disposizione transitoria, una disposizione abrogativa e quattro disposizioni finali.

Il capitolo I ne delimita l'oggetto e l'ambito di applicazione, nonché stabilisce le necessarie definizioni fondamentali del testo normativo.

Il capitolo II stabilisce i requisiti in base ai quali le persone possono chiedere la prestazione di aiuto a morire e le condizioni per accedervi. Ogni persona maggiorenne e pienamente capace di intendere e di volere

può richiedere e ricevere detto aiuto, purché lo faccia in modo autonomo, consapevole e informato, e che si trovi in una condizione di sofferenza grave, cronica e invalidante o di malattia grave e incurabile causa di sofferenza fisica o psichica intollerabile. La possibilità di richiedere tale aiuto si articola anche con il documento di disposizioni anticipate o equivalente, legalmente riconosciuto, già esistente nel nostro ordinamento giuridico.

Il capitolo III è volto a disciplinare la procedura da seguire per l'erogazione della prestazione di aiuto a morire e le garanzie che devono essere tutelate nell'applicazione di tale prestazione. In questo ambito si segnala la creazione di Commissioni di Garanzia e Valutazione che devono verificare preventivamente e controllare a posteriori il rispetto della Legge e delle procedure da essa stabilite.

Il capitolo IV stabilisce gli elementi che consentono di garantire a tutti i cittadini parità di accesso all'erogazione della prestazione di aiuto a morire, inserendola nel portafoglio (LEA - Livelli Essenziali di Assistenza ndr) comune dei servizi del Sistema Sanitario Nazionale e garantendone così il suo finanziamento pubblico, ma anche garantendone l'erogazione in centri privati o anche a domicilio. Si precisa che tale prestazione è garantita ferma restando la possibilità di obiezione di coscienza da parte del personale sanitario.

Il capitolo V, infine, disciplina le Commissioni di Garanzia e Valutazione che dovranno essere istituite in tutte le Comunità Autonome e nelle Città di Ceuta e Melilla ai fini della presente Legge.

Le disposizioni aggiuntive, invece, sono volte a garantire che chi chiede aiuto a morire ai sensi della presente Legge, sia considerato deceduto per morte naturale, a garantire risorse e mezzi di sostegno alle persone con disabilità, a istituire meccanismi per dare la massima diffusione a questa Legge tra i professionisti sanitari e i cittadini e offrire una formazione continua specifica sull'aiuto a morire, nonché un regime sanzionatorio. Nelle sue disposizioni finali, si procede, in conseguenza del nuovo ordinamento giuridico introdotto da questa Legge, alla modifica della Legge Organica 10/1995, del 23 novembre, del Codice Penale, al fine di depenalizzare tutte le condotte eutanasiche nei casi e condizioni stabilite dalla presente legge.

CAPITOLO I

Disposizioni generali

Articolo 1. Oggetto.

Lo scopo di questa Legge è di regolamentare il diritto che spetta a ogni persona che soddisfi le condizioni richieste per chiedere e ricevere l'aiuto necessario a morire, la procedura da seguire e il rispetto delle garanzie dovute.

Allo stesso modo, determina i doveri del personale sanitario che si occupa di queste persone, definendone il quadro di azione, e disciplina gli obblighi delle amministrazioni e delle istituzioni pertinenti per assicurare il corretto esercizio del diritto riconosciuto dalla presente Legge.

Articolo 2. Ambito di applicazione.

Questa Legge sarà applicabile a tutte le persone fisiche o giuridiche, pubbliche o private, che agiscono o si trovano in territorio spagnolo. A tal fine, si intenderà che una persona giuridica si trova in territorio spagnolo quando abbia sede legale, sede di direzione effettiva, succursale, delegazione o stabilimento di qualsiasi natura nel territorio spagnolo.

Articolo 3. Definizioni.

Ai fini delle disposizioni della presente Legge, si intende per:

a) «Consenso informato»: il consenso libero, volontario e consapevole del paziente, manifestato nel pieno esercizio delle proprie facoltà dopo aver ricevuto adeguata informazione, affinché, su sua richiesta, possa realizzarsi una delle azioni di cui alla lettera g).

b) «Condizione di sofferenza grave, cronica e invalidante»: situazione che si riferisce a limitazioni che incidono direttamente sull'autonomia fisica e sulle attività della vita quotidiana, in modo tale da non permettere

di badare a se stessi, nonché sulla capacità di espressione e relazione, e che si associano a una sofferenza fisica o psichica costante e intollerabile per chi ne patisce, in presenza di una certezza o grande probabilità che tali limitazioni persistano nel tempo senza possibilità di guarigione o di apprezzabile miglioramento. A volte può comportare l'assoluta dipendenza dal supporto tecnologico.

c) «Malattia grave e incurabile»: quella che per sua natura provoca sofferenze fisiche o psichiche costanti e insopportabili senza possibilità di un sollievo che la persona consideri tollerabile, con prognosi di vita limitata, in un contesto di progressiva fragilità.

d) «Medico responsabile»: medico che ha il compito di coordinare tutte le informazioni e l'assistenza sanitaria del paziente, in qualità di principale interlocutore dello stesso in tutte le questioni relative alla sua cura e informazione durante il processo assistenziale, e fermi restando gli obblighi degli altri professionisti che partecipano alle attività assistenziali.

e) «Medico consulente»: medico con formazione nel campo delle patologie da cui è affetto il paziente e che non appartenga alla stessa équipe del medico responsabile.

f) «Obiezione di coscienza sanitaria»: diritto individuale dei professionisti sanitari a non soddisfare quelle richieste di intervento sanitario disciplinate dalla presente Legge che sono incompatibili con le proprie convinzioni.

g) «Prestazione di aiuto a morire»: azione che consiste nel mettere a disposizione i mezzi necessari a una persona che soddisfa i requisiti previsti dalla presente Legge e che ha espresso il desiderio di morire. Detta prestazione può essere realizzata in due modi:

1°) La somministrazione diretta di una sostanza al paziente da parte del professionista sanitario competente.

2°) La prescrizione o fornitura da parte del professionista sanitario di una sostanza al paziente, affinché lo stesso possa autosomministrarsela, per provocare la propria morte.

h) «Situazione di incapacità di fatto»: situazione in cui il paziente manca di capacità di intendere e di volere sufficiente a gestirsi da solo in modo autonomo, completo ed effettivo, indipendentemente dal fatto che esistano o siano state adottate misure di sostegno per l'esercizio della sua capacità giuridica.

CAPITOLO II

Diritto delle persone a chiedere la prestazione di aiuto a morire e requisiti per il suo esercizio

Articolo 4. Diritto a chiedere la prestazione di aiuto a morire.

1. E' riconosciuto il diritto di chiedere e ricevere la prestazione di aiuto a morire a chiunque sia in possesso dei requisiti previsti dalla presente Legge.

2. La decisione di richiedere la prestazione di aiuto a morire deve essere una decisione autonoma, intesa questa come quella che si fonda sulla conoscenza del processo medico, dopo che la persona sia stata adeguatamente informata dall'équipe sanitaria responsabile. Nella cartella clinica dovrà essere registrato che l'informazione è stata ricevuta e compresa dal paziente.

3. Nelle procedure disciplinate dalla presente Legge, saranno garantiti i mezzi e le risorse di sostegno, materiali e umane, incluse le misure universali di accessibilità e programmazione e i ragionevoli adeguamenti che risultino necessari perché le persone che chiedono la prestazione di aiuto a morire ricevano l'informazione, formino ed esprimano la propria volontà, diano il loro consenso e comunichino e interagiscono con l'ambiente circostante, liberamente, in modo che la loro decisione sia individuale, matura e genuina, senza intromissioni, ingerenze o influenze indebite.

In particolare, saranno adottate le misure pertinenti per fornire alle persone con disabilità l'accesso all'aiuto che necessitano nell'esercizio dei loro diritti riconosciuti dall'ordinamento giuridico.

Articolo 5. Requisiti per ricevere la prestazione di aiuto a morire.

1. Per ricevere la prestazione di aiuto a morire sarà necessario che la persona soddisfi tutti i seguenti requisiti:

a) Avere nazionalità spagnola o residenza legale in Spagna o certificato di registrazione all'anagrafe che dimostri un periodo di permanenza nel territorio spagnolo superiore a dodici mesi, essere maggiorenne ed essere capace di intendere e di volere al momento della richiesta.

b) Disporre per iscritto dell'informazione esistente sul suo decorso medico, delle diverse alternative e possibilità di cura, compresa quella di accedere alle cure palliative complete, incluse nel portafoglio comune di servizi, e alle prestazioni cui abbia diritto in conformità alla normativa di assistenza alla dipendenza.

c) Avere fatto due richieste volontariamente e per iscritto, o con altri mezzi che ne consentano la certificazione, e che non siano il risultato di alcuna pressione esterna, lasciando tra le due un lasso di tempo di almeno quindici giorni di calendario.

Qualora il medico responsabile ritenga imminente la perdita della capacità del richiedente di prestare il consenso informato, può accettare qualsiasi periodo più breve che ritenga opportuno in base alle circostanze cliniche concomitanti, delle quali dovrà esserci prova registrata nella cartella clinica.

d) Soffrire di una malattia grave e incurabile o di una sofferenza grave, cronica e invalidante nei termini stabiliti dalla presente Legge, certificata dal medico responsabile.

e) Dare il consenso informato prima di ricevere la prestazione di aiuto a morire. Tale consenso sarà registrato nella cartella clinica del paziente.

2. Le disposizioni di cui alle lettere b), c) ed e) della sezione precedente non si applicano nei casi in cui il medico responsabile attesti che il paziente non è in pieno uso delle sue facoltà né può dare il suo consenso libero, volontario e cosciente per formulare le richieste, e nelle condizioni previste al paragrafo 1.d), e il paziente abbia antecedentemente sottoscritto un documento di disposizioni anticipate, testamento biologico, volontà anticipate o documenti equivalenti legalmente riconosciuti, in tal caso la prestazione di aiuto a morire potrà essere fornita secondo le disposizioni di detto documento. Nel caso in cui in tale atto sia stato nominato un fiduciario, questi sarà il valido interlocutore del medico responsabile.

La valutazione della situazione di incapacità di fatto da parte del medico responsabile sarà effettuata secondo i protocolli di attuazione determinati dal Consiglio Interterritoriale del Sistema Sanitario Nazionale.

Articolo 6. Requisiti della richiesta di prestazione di aiuto a morire.

1. La richiesta di prestazione di aiuto a morire di cui all'articolo 5.1.c) dovrà essere formulata per iscritto, il documento dovrà essere datato e firmato dal paziente richiedente, o con qualsiasi altro mezzo che consenta di lasciare prova della volontà inequivocabile del richiedente, nonché del momento in cui ne fa richiesta.

Nel caso in cui il richiedente, a causa della sua situazione personale o condizione di salute, non fosse in grado di datare e firmare il documento, potrà utilizzare altri mezzi che consentano di darne prova, oppure un'altra persona maggiorenne e pienamente capace potrà datarlo e firmarlo in sua presenza. Detta persona deve menzionare il fatto che chi chiede la prestazione di aiuto a morire non è in grado di firmare il documento e indicarne le ragioni.

2. Il documento dovrà essere firmato in presenza di un professionista sanitario che lo siglerà. Se non è il medico responsabile, lo consegnerà a questi. La scrittura dovrà essere incorporata nella cartella clinica del paziente.

3. Il richiedente la prestazione di aiuto a morire potrà revocare la sua domanda in qualsiasi momento, la sua decisione verrà inclusa nella sua cartella clinica. Allo stesso modo, potrà chiedere il rinvio dell'attuazione dell'aiuto a morire.

4. Nei casi previsti dall'articolo 5.2, la richiesta di prestazione di aiuto a morire potrà essere presentata al medico responsabile da altra persona maggiorenne e pienamente capace, con allegato il documento di disposizioni anticipate, testamento biologico, volontà anticipate o documenti equivalenti legalmente riconosciuti, precedentemente sottoscritto dal paziente. Nel caso in cui non vi sia alcuna persona che possa presentare la richiesta a nome del paziente, il medico responsabile potrà presentare la richiesta di eutanasia. In tal caso, detto medico sarà legittimato a chiedere ed ottenere l'accesso al documento di disposizioni anticipate, alle volontà anticipate o ai documenti equivalenti tramite le persone designate dall'autorità sanitaria della

Comunità Autonoma corrispondente o dal Ministero della Sanità, ai sensi della lettera d) del punto 1 dell'articolo 4 del Regio Decreto 124/2007, del 2 febbraio, che disciplina il Registro nazionale delle disposizioni anticipate e il relativo archivio automatizzato di dati personali.

Articolo 7. Diniego alla prestazione di aiuto a morire.

1. Il diniego alla prestazione di aiuto a morire dovrà essere sempre formulato per iscritto e motivato dal medico responsabile.

2. Contro tale diniego, che dovrà effettuarsi entro il termine massimo di dieci giorni di calendario dalla prima richiesta, chi l'abbia presentata potrà inoltrare ricorso alla competente Commissione di Garanzia e Valutazione entro il termine massimo di quindici giorni di calendario. Il medico responsabile che rifiuti la richiesta è obbligato ad informare il richiedente di questa possibilità.

3. Il medico responsabile che rifiuti la richiesta di prestazione di aiuto a morire, indipendentemente dal fatto che sia stato avanzato o meno un reclamo dinanzi alla competente Commissione di Garanzia e Valutazione, dovrà inviare, entro cinque giorni di calendario dalla data in cui sia stato notificato il diniego al paziente, i due documenti di cui all'articolo 12, adeguando il secondo documento affinché contenga i dati clinici rilevanti per la valutazione del caso e per iscritto la motivazione del diniego.

CAPITOLO III

Procedura per l'esecuzione della prestazione di aiuto a morire

Articolo 8. Procedura da seguire da parte del medico responsabile in caso di richiesta di prestazione di aiuto a morire.

1. Ricevuta la prima richiesta di prestazione di aiuto a morire di cui all'articolo 5.1.c), il medico responsabile, entro il termine massimo di due giorni di calendario, verificata la sussistenza dei requisiti di cui all'articolo 5.1.a), c) e d), effettuerà con il paziente richiedente un processo deliberativo sulla sua diagnosi, sulle possibilità terapeutiche e sui risultati attesi, nonché sulle eventuali cure palliative, assicurandosi che lo stesso paziente comprenda le informazioni fornite. Fermo restando che tale informazione sia spiegata dal medico responsabile direttamente al paziente, la stessa dovrà essere fornita anche per iscritto, entro un termine massimo di cinque giorni di calendario.

Trascorso il termine previsto dall'articolo 5.1.c), e ricevuta la seconda richiesta, il medico responsabile, entro due giorni di calendario, riprenderà con il paziente richiedente il processo deliberativo al fine di rispondere, entro un termine massimo di cinque giorni di calendario, a qualsiasi dubbio o necessità di ulteriori informazioni che siano state poste dal paziente in seguito all'informazione fornita dopo la presentazione della prima richiesta, ai sensi del paragrafo precedente.

2. Trascorse ventiquattro ore dalla conclusione dell'iter deliberativo di cui al paragrafo precedente, il medico responsabile chiederà al paziente richiedente la sua decisione di proseguire o desistere dalla richiesta di prestazione di aiuto a morire. Nel caso in cui il paziente esprima la volontà di continuare la procedura, il medico responsabile dovrà comunicare tale circostanza all'équipe assistenziale, in particolare agli infermieri, nonché, nel caso in cui il paziente ne faccia richiesta, ai familiari o ai congiunti che indichi. Allo stesso modo dovrà avere dal paziente la firma del documento di consenso informato.

Nel caso in cui il paziente decidesse di desistere dalla propria richiesta, il medico responsabile ne darà comunicazione anche all'équipe assistenziale.

3. Il medico responsabile dovrà interpellare un medico consulente, il quale, dopo aver studiato la cartella clinica ed esaminato il paziente, dovrà corroborare il rispetto delle condizioni stabilite nell'articolo 5.1, o se nel caso del 5.2, entro un termine massimo di dieci giorni di calendario dalla data della seconda richiesta, a tal fine redigerà un referto che entrerà a far parte della cartella clinica del paziente. Le conclusioni di tale referto dovranno essere comunicate al paziente richiedente entro un termine massimo di ventiquattro ore.

4. In caso di parere sfavorevole del medico consulente riguardo al rispetto delle condizioni di cui all'articolo 5.1, il paziente potrà ricorrere alla Commissione di Garanzia e Valutazione nei termini previsti dall'articolo 7.2.

5. Una volta adempiuto quanto previsto nelle sezioni precedenti, il medico responsabile, prima di effettuare la prestazione di aiuto a morire, informerà il presidente della Commissione di Garanzia e Valutazione, entro un termine massimo di tre giorni lavorativi, di modo che venga effettuato il controllo preliminare previsto dall'articolo 10.

Articolo 9. Procedura da seguire quando si ritenga che sussista una situazione di incapacità di fatto.

Nei casi previsti dall'articolo 5.2, il medico responsabile è tenuto ad applicare il contenuto delle disposizioni anticipate o documento equivalente.

Articolo 10. Verifica preliminare da parte della Commissione di Garanzia e Valutazione.

1. Una volta ricevuta la comunicazione medica di cui all'articolo 8.5, il presidente della Commissione di Garanzia e Valutazione designerà, entro un termine massimo di due giorni, due componenti della stessa, un medico e un avvocato, che accertino se, a loro avviso, ricorrono i requisiti e le condizioni stabilite per il corretto esercizio del diritto di chiedere e ricevere la prestazione di aiuto a morire.

2. Per il corretto esercizio delle loro funzioni, i due componenti di cui al paragrafo precedente avranno accesso alla documentazione contenuta nella cartella clinica e potranno incontrarsi con il medico e l'équipe, nonché con il richiedente.

3. Entro un termine massimo di sette giorni di calendario, rilasceranno una relazione avente i requisiti cui si riferisce il documento considerato nella lettera b) dell'articolo 12. Se la decisione è favorevole, la relazione rilasciata servirà a deliberare la realizzazione della prestazione del servizio. Qualora la decisione sia sfavorevole alla richiesta presentata, resterà aperta la possibilità di ricorrere ai sensi della lettera a) dell'articolo 18. Nei casi in cui non vi sia accordo tra i due membri di cui al comma 1 del presente articolo, l'accertamento sarà portato alla seduta plenaria della Commissione di Garanzia e Valutazione, che deciderà in via definitiva.

4. La deliberazione finale deve essere portata a conoscenza del presidente affinché, a sua volta, la trasferisca al medico responsabile che ha effettuato la comunicazione per procedere, se del caso, a realizzare la prestazione di aiuto a morire; tutto ciò dovrà avvenire entro un termine massimo di due giorni di calendario.

5. Le deliberazioni della Commissione sfavorevoli alla richiesta di prestazione di aiuto a morire possono essere impugnate davanti alla giurisdizione contenzioso-amministrativa.

Articolo 11. Realizzazione della prestazione di aiuto a morire.

1. Una volta ricevuto il parere positivo, la prestazione di aiuto a morire deve essere attuata con la massima attenzione e professionalità da parte dei professionisti sanitari, applicando i relativi protocolli, che conterranno anche criteri relativi alla forma e ai tempi di esecuzione della prestazione.

Nel caso in cui il paziente sia cosciente, dovrà informare il medico responsabile della modalità con cui vuole ricevere la prestazione di aiuto a morire.

2. Nei casi in cui la prestazione di aiuto a morire avvenga secondo le modalità di cui all'articolo 3.g.1°), il medico responsabile, nonché il resto dei professionisti sanitari, assisteranno il paziente fino al momento della sua morte.

3. Nel caso previsto dall'articolo 3.g.2°) il medico responsabile, con gli altri professionisti sanitari, dopo aver prescritto la sostanza che il paziente si autosomministrerà, manterranno il dovuto compito di osservazione e sostegno al paziente fino al momento della sua morte.

Articolo 12. Comunicazione alla Commissione di Garanzia e Valutazione dopo l'erogazione della prestazione di aiuto a morire.

Una volta erogata la prestazione di aiuto a morire ed entro un termine massimo di cinque giorni lavorativi successivi a questa, il medico responsabile dovrà inviare alla Commissione di Garanzia e Valutazione della propria Comunità Autonoma o Città Autonoma i seguenti due documenti distinti e identificati con un numero di registrazione:

a) Il primo documento, sottoscritto dal medico responsabile, denominato «primo documento», dovrà raccogliere i seguenti dati:

1.º) Nome completo e indirizzo della persona che richiede l'aiuto a morire e, se del caso, della persona autorizzata ad assisterla.

2.º) Nome completo, indirizzo e numero di matricola professionale (numero dell'ordine o equivalente) del medico responsabile.

3.º) Nome completo, indirizzo e numero di matricola professionale del medico consulente il cui parere è stato recepito.

4.º) Se il richiedente aveva un documento di disposizioni anticipate o un documento equivalente in cui indicava un fiduciario, il nome completo dello stesso. In caso contrario, il nome completo della persona che ha presentato la richiesta per conto del paziente in situazione di incapacità di fatto.

b) Il secondo documento, denominato «secondo documento », dovrà raccogliere i seguenti dati:

1.º) Sesso ed età della persona che chiede l'aiuto a morire.

2.º) Data e luogo di morte.

3.º) Tempo trascorso dalla prima all'ultima richiesta fino alla morte della persona.

4.º) Descrizione della patologia sofferta dal richiedente (malattia grave e incurabile o condizione grave, cronica e invalidante).

5.º) Natura del dolore continuo e insopportabile sofferto e ragioni per cui si ritiene che non vi siano prospettive di miglioramento.

6.º) Informazioni sulla volontarietà, riflessioni e reiterazione della richiesta, nonché sull'assenza di pressione esterna.

7.º) Se esisteva un documento di disposizioni anticipate o un documento equivalente, una copia dello stesso.

8.º) Procedura seguita dal medico responsabile e dal resto dell'équipe di professionisti sanitari per realizzare l'aiuto a morire.

9.º) Specializzazione dei medici consulenti e date delle consulenze.

CAPITOLO IV

Garanzia di accesso alla prestazione di aiuto a morire

Articolo 13. Garanzia di accesso alla prestazione di aiuto a morire.

1. La prestazione di aiuto a morire sarà inserita nel portafoglio comune dei servizi del Sistema Sanitario Nazionale e sarà finanziata con fondi pubblici.

2. I servizi sanitari pubblici, nell'ambito delle rispettive competenze, applicheranno le misure necessarie per garantire il diritto alla prestazione di aiuto a morire nei casi e con i requisiti stabiliti dalla presente Legge.

Articolo 14. Prestazione di aiuto a morire da parte dei servizi sanitari.

La prestazione di aiuto a morire sarà effettuata in centri sanitari pubblici, privati o convenzionati, e a domicilio, senza che l'accesso e la qualità assistenziale della prestazione siano pregiudicati dall'esercizio dell'obiezione di coscienza sanitaria o dal luogo in cui si realizzi. Coloro che incorrono in un conflitto di interessi o coloro che ricavano benefici dalla pratica dell'eutanasia non potranno far parte di nessuna équipe professionale.

Articolo 15. Tutela della privacy e della riservatezza.

1. I centri sanitari che erogano la prestazione di aiuto a morire adotteranno le misure necessarie per garantire la privacy alle persone che richiedono la prestazione e la riservatezza nel trattamento dei loro dati personali.

2. Parimenti, i predetti centri dovranno dotarsi di sistemi per la custodia attiva delle cartelle cliniche dei pazienti e attuare le misure di sicurezza di alto livello nel trattamento dei dati, previste dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, in considerazione del fatto che i trattamenti riguardano categorie particolari di dati previste dall'articolo 9 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016.

Articolo 16. Obiezione di coscienza dei professionisti sanitari.

1. I professionisti sanitari direttamente coinvolti nella prestazione di aiuto a morire potranno esercitare il loro diritto all'obiezione di coscienza.

Il rifiuto o l'obiezione di eseguire la predetta prestazione per motivi di coscienza è una decisione individuale del professionista sanitario direttamente coinvolto nella sua erogazione, che dovrà essere manifestata precedentemente e per iscritto.

2. Le amministrazioni sanitarie istituiranno un registro dei professionisti sanitari obiettori di coscienza a fornire l'aiuto a morire, nel quale verranno registrate le dichiarazioni di obiezione di coscienza ad effettuarlo e che avrà lo scopo di fornire le informazioni necessarie all'amministrazione sanitaria affinché possa garantire un'adeguata gestione della prestazione di aiuto a morire. Il registro sarà soggetto al principio della massima riservatezza e alla normativa in materia di protezione dei dati personali.

CAPITOLO V

Commissioni di Garanzia e di Valutazione

Articolo 17. Creazione e composizione.

1. Sarà istituita una Commissione di Garanzia e Valutazione in ciascuna delle Comunità Autonome, nonché nelle Città di Ceuta e Melilla. La composizione di ciascuna di esse avrà carattere multidisciplinare e dovrà avere un numero minimo di sette membri, tra personale medico, infermieristico e legale.

2. Nel caso delle Comunità Autonome, dette commissioni, che avranno natura di organi amministrativi, saranno istituite dai rispettivi governi autonomi, che ne determineranno il regime giuridico. Nel caso delle Città di Ceuta e Melilla, il Ministero della Sanità creerà le commissioni per ciascuna delle città e ne determinerà i regimi legali.

3. Ciascuna Commissione di Garanzia e Valutazione dovrà essere istituita e costituirsi entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente articolo.

4. Ciascuna Commissione di Garanzia e Valutazione dovrà disporre di un regolamento interno, che sarà redatto dalla suddetta Commissione e autorizzato dall'organo competente dell'amministrazione autonoma. Nel caso delle Città di Ceuta e Melilla, la suddetta autorizzazione spetterà al Ministero della Sanità.

5. Il Ministero della Sanità e i presidenti delle Commissioni di Garanzia e Valutazione delle Comunità Autonome si riuniranno annualmente, sotto il coordinamento del Ministero, per uniformare criteri e scambiare buone pratiche nello sviluppo della prestazione di eutanasia nel Sistema Sanitario Nazionale.

Articolo 18. Funzioni.

Sono funzioni della Commissione di Garanzia e Valutazione le seguenti:

a) Risolvere entro un termine massimo di venti giorni di calendario i reclami formulati dalle persone alle quali il medico responsabile abbia rifiutato la loro richiesta di prestazione di aiuto a morire, nonché dirimere i conflitti di interesse che dovessero insorgere ai sensi dell'articolo 14.

Risolverà altresì le controversie di cui al comma 3 dell'articolo 10 entro il termine di venti giorni di calendario, senza che i due componenti inizialmente designati a verificare il rispetto dei requisiti della richiesta possano partecipare alla risoluzione delle stesse.

Parimenti, delibererà nello stesso termine di tempo sulle istanze in attesa di accertamento e sottoposte all'Assemblea plenaria per l'esistenza di una divergenza di criteri tra i membri nominati che impedisca la formulazione di un parere favorevole o sfavorevole.

Nel caso in cui la delibera sia favorevole alla richiesta di prestazione di aiuto a morire, la competente Commissione di Garanzia e Valutazione richiederà alla direzione del centro che entro un termine massimo di sette giorni di calendario faciliti la prestazione richiesta da parte di un altro medico del centro o di un'équipe esterna di professionisti sanitari.

La scadenza del termine di venti giorni di calendario senza che sia stata emessa una delibera porterà i richiedenti a concludere che la loro richiesta di prestazione di aiuto a morire è stata respinta, lasciando aperta la possibilità di ricorrere alla giurisdizione contenzioso-amministrativa.

b) Verificare entro un termine massimo di due mesi se la prestazione di aiuto a morire è stata effettuata secondo le procedure previste dalla Legge.

Tale verifica sarà effettuata in generale a partire dai dati raccolti nel secondo documento. Tuttavia, in caso di dubbio, la Commissione potrà decidere a maggioranza semplice di revocare l'anonimato e leggere il primo documento. Qualora, tolto l'anonimato, si ritenga che l'imparzialità di un componente della Commissione di Garanzia e Valutazione sia compromessa, questi può volontariamente recedere o essere rimosso.

Parimenti, per realizzare la predetta verifica, la Commissione potrà decidere a maggioranza semplice di richiedere al medico responsabile le informazioni raccolte nella cartella clinica del paziente relative alla prestazione di aiuto a morire.

c) Individuare eventuali problemi nell'adempimento degli obblighi previsti dalla presente Legge, proponendo, ove opportuno, miglioramenti concreti per il loro recepimento nei manuali di buone pratiche e nei protocolli.

d) Risolvere dubbi o questioni che possono sorgere durante l'applicazione della Legge, fungendo da organo consultivo nel suo specifico ambito territoriale.

e) Preparare e pubblicare una relazione annuale di valutazione sull'applicazione della Legge nel suo specifico ambito territoriale. Tale relazione dovrà essere trasmessa all'organismo competente in materia sanitaria.

f) Altre funzioni che possono essere loro attribuite dai governi regionali, nonché, nel caso delle città di Ceuta e Melilla, dal Ministero della Sanità.

Articolo 19. Obbligo di segretezza.

I membri delle Commissioni di Garanzia e Valutazione avranno l'obbligo di mantenere segreto il contenuto delle loro deliberazioni e di tutelare la riservatezza dei dati personali relativi ai professionisti sanitari, pazienti, parenti e persone coinvolte, che abbiano avuto modo di conoscere in qualità di membri della Commissione.

Prima disposizione aggiuntiva. Sulla dichiarazione legale di morte.

La morte a seguito della prestazione di aiuto a morire sarà dichiarata legalmente come una morte naturale a tutti gli effetti, indipendentemente dalla codificazione in essa contenuta.

Seconda disposizione aggiuntiva. Regime sanzionatorio.

Le violazioni delle disposizioni della presente Legge sono soggette al regime sanzionatorio previsto dal Capitolo VI del titolo I della Legge Sanitaria Generale 14/1986, fatte salve le eventuali responsabilità civili, penali e professionali o statutarie che possano verificarsi.

Terza disposizione aggiuntiva. Relazione annuale.

Le Comunità Autonome trasmetteranno al Ministero della Sanità la relazione di cui alla lettera e) dell'articolo 18. Per le Città di Ceuta e Melilla, il Ministero della Sanità raccoglierà tale relazione tramite l'Istituto Nazionale di Gestione Sanitaria. I dati congiunti delle Comunità Autonome e Città Autonome saranno resi pubblici e presentati dal Ministero della Sanità.

Quarta disposizione aggiuntiva. Persone con disabilità.

Alle persone sorde, con disabilità uditiva e sordo-cieche saranno garantiti i diritti, le risorse e i mezzi di sostegno stabiliti dalla legge 27/2007, del 23 ottobre, che riconosce le lingue dei segni spagnole e disciplina i mezzi di sostegno alla comunicazione orale di persone sorde, con disabilità uditiva e sordo-cieche.

Quinta disposizione aggiuntiva. Ricorso giurisdizionale.

I ricorsi di cui agli articoli 10.5 e 18.a) saranno trattati con la procedura prevista per la tutela dei diritti fondamentali della persona dalla Legge 29/1998, del 13 luglio, che disciplina la Giurisdizione Contenzioso-Amministrativa.

Sesta disposizione aggiuntiva. Misure per garantire la prestazione di aiuto a morire da parte dei servizi sanitari.

Al fine di garantire la parità di accesso e la qualità assistenziale della prestazione di aiuto a morire, il Consiglio Interterritoriale del Sistema Sanitario Nazionale dovrà predisporre entro tre mesi dall'entrata in vigore della Legge un manuale di buone pratiche per orientare la corretta attuazione di questa Legge.

Parimenti, entro tale termine, dovrà predisporre i protocolli di cui all'articolo 5.2.

Settima disposizione aggiuntiva. Formazione.

Le amministrazioni sanitarie competenti abiliteranno gli opportuni meccanismi per dare la massima diffusione alla presente Legge tra i professionisti sanitari e la cittadinanza in generale, nonché per promuovere tra di essi la predisposizione del documento di disposizioni anticipate.

Parimenti, diffonderanno tra il personale sanitario i contenuti ivi contemplati ai fini della loro corretta e generale conoscenza e per facilitare, ove opportuno, l'esercizio da parte dei professionisti del diritto all'obiezione di coscienza.

La Commissione di formazione continua delle professioni sanitarie, annessa alla Commissione delle risorse umane del Sistema Sanitario Nazionale, si occuperà, entro un anno dall'entrata in vigore della presente Legge, del coordinamento dell'offerta formativa continua specifica sull'aiuto a morire, che dovrà considerare sia gli aspetti tecnici che legali, la formazione alla comunicazione difficile e il sostegno emotivo.

Disposizione transitoria unica. Regime giuridico delle Commissioni di Garanzia e Valutazione.

Il funzionamento delle Commissioni di Garanzia e di Valutazione, fintanto che non dispongano di un proprio regolamento interno, sarà conforme alle regole stabilite dalla sezione 3 del Capitolo II del titolo preliminare della Legge 40/2015, del 1 ottobre, del Regime Giuridico del Settore Pubblico.

Disposizione di abrogazione unica. Abrogazione normativa.

Sono abrogate tutte le disposizioni di grado uguale o inferiore che contraddicano o si oppongano a quanto stabilito nella presente Legge.

Prima disposizione finale. Modifica della Legge Organica 10/1995, del 23 novembre, del Codice Penale.

Il comma 4 è modificato e il comma 5 è aggiunto all'articolo 143 della Legge Organica 10/1995, del 23 novembre, del Codice Penale, nei seguenti termini:

«4. Colui che provoca o collabora attivamente agli atti necessari e diretti alla morte di una persona affetta da una malattia grave, cronica e invalidante o da una malattia grave e incurabile, con sofferenza fisica o psichica costante e insopportabile, per espressa, grave e inequivocabile richiesta della stessa, sarà punito con una pena inferiore di uno o due gradi rispetto a quelle indicate nei commi 2 e 3.

5. Fermo restando quanto previsto dal comma precedente, chi cagiona o collabora attivamente alla morte di un'altra persona non incorre in responsabilità penale in conformità con quanto stabilito dalla legge organica che disciplina l'eutanasia».

Seconda disposizione finale. Titolo di competenza.

Questa Legge è emanata sotto la tutela degli articoli 149.1.1.^a e 16.^a della Costituzione spagnola, che attribuiscono allo Stato la competenza per la regolamentazione delle condizioni di base che garantiscono l'uguaglianza di tutti gli spagnoli nell'esercizio dei diritti e in ottemperanza ai doveri costituzionali, e rispettivamente sulle basi e sul coordinamento generale della sanità, fatta eccezione per la prima disposizione finale che fa valere la competenza che l'articolo 149.1.6.^a attribuisce allo Stato in materia di legislazione penale.

Terza disposizione finale. Natura ordinaria di alcune disposizioni.

Questa Legge ha carattere di legge organica ad eccezione degli articoli 12, 16.1, 17 e 18, delle disposizioni aggiuntive prima, seconda, terza, quarta, quinta, sesta e settima, e della disposizione transitoria unica, che hanno carattere di legge ordinaria.

Quarta disposizione finale. Entrata in vigore.

La presente Legge entrerà in vigore tre mesi dopo la sua pubblicazione nel «Bollettino Ufficiale dello Stato», ad eccezione dell'articolo 17, che entrerà in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel «Bollettino Ufficiale dello Stato».

Pertanto,

Ordino a tutti gli spagnoli, individui e autorità, di rispettare e far rispettare questa legge organica.

Madrid, 24 marzo 2021

FILIPPO R.

Il Presidente del Governo,

PEDRO SÁNCHEZ PÉREZ-CASTEJÓN