

**Commissione Consiliare Permanente Igiene e Sanità, Previdenza e Sicurezza Sociale,  
Politiche Sociali, Sport, Territorio, Ambiente e Agricoltura**

Mercoledì 29 aprile 2026, sera

*La Commissione consiliare permanente IV ha affrontato in serata il Comma 4 dell'ordine del giorno: l'audizione del Comitato Sammarinese di Bioetica. Il confronto si è sviluppato in un clima attento e approfondito, con numerosi interventi dei commissari che hanno evidenziato la complessità etica, giuridica e scientifica della materia, pur con sensibilità differenti.*

*La presidente Denise Bronzetti ha introdotto l'audizione sottolineando il legame con il dibattito già avviato in Consiglio Grande e Generale. La presidente del Comitato, Maria Luisa Borgia, ha quindi illustrato i contenuti del documento del 2019, chiarendo l'impostazione metodologica seguita: "Abbiamo fondato l'argomentazione sull'ordinamento giuridico sammarinese e sui principi internazionali, evitando tentazioni personali su temi così delicati". Il fulcro dell'analisi, ha spiegato, è rappresentato dalle cure palliative, considerate un diritto fondamentale, insieme alla valutazione clinica dell'appropriatezza dei trattamenti e al ruolo delle indicazioni anticipate di cura.*

*Nel dettaglio, il Comitato ha ribadito la centralità del paziente e della sua dignità, evidenziando come il controllo del dolore rappresenti un elemento essenziale del percorso terapeutico. Sulla nutrizione e idratazione artificiale, Borgia ha sottolineato la necessità di distinguere caso per caso, chiarendo che "la sospensione è eticamente accettabile solo quando esiste una chiara indicazione di appropriatezza clinica". Per quanto riguarda le indicazioni anticipate, il Comitato ha scelto di parlare di "indicazioni" e non di "disposizioni", in linea con la Convenzione di Oviedo, evidenziando che il medico deve tenerne conto ma non è vincolato in modo assoluto.*

*Dal confronto con i commissari sono emersi diversi spunti e richieste di chiarimento. Miriam Farinelli (Rf) ha apprezzato l'impostazione del Comitato, definendo le indicazioni "basate sulla scientificità e sul rispetto della persona", mentre Gaetano Troina (D-ML) ha evidenziato l'importanza dell'approfondimento tecnico: "Era fondamentale avere un parere qualificato prima di definire la normativa". Alla richiesta di un confronto con la normativa italiana, Borgia ha però precisato i limiti del ruolo del Comitato: "Non possiamo esprimere pareri su leggi non contenute nel nostro documento, altrimenti porteremmo opinioni personali".*

*Sul piano politico, il tema dell'autodeterminazione del paziente ha rappresentato uno dei nodi principali del dibattito. Andrea Ugolini (PdcS) ha posto il problema del valore giuridico delle disposizioni anticipate, chiedendo se possano essere vincolanti o debbano restare indicazioni. Marinella Chiaruzzi (PdcS) ha richiamato la necessità di aggiornare nel tempo le volontà espresse, mentre Emanuele Santi (Rete) ha sollevato il tema dell'obiezione di coscienza, definendolo "un punto di caduta importante nel rapporto con il medico".*

*A questo proposito, la presidente del Comitato ha chiarito che nel modello proposto non si configura un obbligo tale da rendere necessaria l'obiezione: "Se parliamo di indicazioni e non di disposizioni, non c'è nulla che venga imposto al medico". Una posizione che ha suscitato riflessioni da parte di Guerrino Zanotti (Libera), che ha evidenziato come questo approccio possa "ridurre notevolmente la portata" delle volontà espresse dal paziente.*



*Il dibattito si è ulteriormente approfondito su casi concreti e questioni etiche, come quello della gravidanza o delle persone incapaci. Borgia ha ribadito il principio della personalità del diritto alla salute: “Ognuno può decidere per sé, ma non per altri”, richiamando anche la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Matteo Casali (Rf) ha proposto una riflessione sul rapporto tra tempo e volontà, suggerendo che la “sincronia” tra decisione e condizione clinica possa incidere sul peso delle indicazioni, mentre Gian Carlo Venturini (Pdcs) ha espresso preoccupazione per il rischio di derive verso pratiche eutanasiche.*

*Nel corso dell’audizione è emerso anche un confronto sul perimetro normativo. Fabio Righi (D-ML) ha richiamato la necessità di circoscrivere il dibattito ai casi di malattia terminale, chiarendo che i progetti di legge in esame non riguardano situazioni diverse. Luca Lazzari (Psd) ha sottolineato l’importanza di trovare una sintesi politica che dia risposte concrete, mentre il Segretario di Stato Marco Gatti ha evidenziato il ruolo decisivo della formulazione normativa: “Dovremo prestare molta attenzione alle parole, perché da lì dipenderanno molte delle scelte future”.*

*I lavori della Commissione si sono conclusi intorno alle 22:30, con l’impegno a proseguire l’approfondimento in vista dell’esame dei progetti di legge nelle prossime sedute.*

**Di seguito un estratto dei lavori.**

#### **Comma 4: Audizione Comitato Sammarinese di Bioetica**

**Denise Bronzetti (Presidente):** Do un cordiale benvenuto alla professoressa Maria Luisa Borgia, Presidente del Comitato Sammarinese di Bioetica, e al professor Gabriele Raschi, membro del Comitato stesso. Le ragioni di questa audizione nascono dal dibattito avvenuto in Consiglio Grande e Generale riguardo a due provvedimenti di legge che arriveranno al vaglio di questa Commissione verso la metà di giugno; le date, infatti, sono già state fissate. Mi riferisco alla legge di iniziativa popolare e alla legge presentata dal gruppo Rete in merito al cosiddetto “fine vita”. Lascio quindi volentieri la parola alla Presidente per illustrare la relazione che il Comitato ha prodotto dopodiché apriremo il dibattito.

**Maria Luisa Borgia (Presidente Comitato Sammarinese di Bioetica):** Desidero innanzitutto ringraziarvi per l’invito, che abbiamo accolto con un grande senso di responsabilità e come un’attestazione di stima nei nostri confronti; ne siamo molto grati, anche se purtroppo la vicinanza con le festività non ha permesso a tutti i membri di essere presenti oggi. La nostra presenza qui vuole essere un modo per supportarvi, dove possibile, nel vostro lavoro legislativo sulle iniziative a cui state lavorando, basandoci sull’espressione condivisa del Comitato Sammarinese di Bioetica contenuta nel documento del 2019 intitolato “Il processo decisionale nella presa in cura della persona malata nel fine vita”. Si tratta di un testo che affronta le problematiche a 360 gradi, inquadrando tutti gli attori coinvolti nel processo decisionale: dal personale sanitario al paziente, fino al caregiver. Credo però che, per esservi d’aiuto, sia opportuno concentrarci sui tre argomenti di vostro maggiore interesse tra tutti quelli che abbiamo trattato: le cure palliative, la nutrizione e l’idratazione artificiale e le indicazioni anticipate di cura. Credo che restringendo il campo in questo modo possiamo essere più incisivi. Il cuore di tutto il nostro documento sono le cure palliative, perché abbiamo messo al centro il paziente come titolare della propria dignità fino all’ultimo respiro; su questo punto esiste una convergenza unanime da parte dei documenti internazionali sull’altissima valenza bioetica di tali cure. Il nostro Comitato ha lavorato in un perimetro ben preciso, fondando l’argomentazione sull’ordinamento giuridico sammarinese proprio per evitare possibili tentazioni personali su temi così delicati, divisivi e ricchi di sfumature. Poiché il nostro ordinamento ha ratificato le convenzioni



internazionali, in primis la Convenzione di Oviedo che è la fonte primaria dal punto di vista bioetico, ogni documento deve necessariamente adattarsi a quei principi. Ricordo con piacere che San Marino è stato tra i primi cinque firmatari di questa Convenzione. In merito alle cure palliative, seguiamo le linee guida del 2014 del Consiglio d'Europa che propone di annoverarle tra i diritti fondamentali dell'uomo proprio per il supporto a tutti i bisogni del paziente e della famiglia in ogni fase, fino alla fine della vita. Oltre alle valutazioni bioetiche, abbiamo affrontato l'organizzazione dei costi, perché accanto all'etica c'è la corretta allocazione delle risorse. Dalla letteratura scientifica emerge che il controllo efficace del dolore è un esempio di gestione oculata: se il dolore non è controllato, l'ospedalizzazione d'urgenza provoca una grave spesa per il sistema sanitario. Abbiamo sottolineato il concetto di continuità di cura e di rete assistenziale per diminuire i ricoveri ospedalieri a favore di ambiti residenziali come l'hospice, le case famiglia o il domicilio, garantendo un abbattimento della spesa e un maggiore comfort per il paziente. Secondo l'OMS, l'accesso alle cure palliative è parte del contenuto minimo del diritto al più alto livello di salute raggiungibile. Passando alla nutrizione e idratazione artificiale (NIA), siamo consapevoli che sia l'argomento che crea maggiore perplessità e confusione perché correlato ad aspetti scientifici. Pur rientrando nella terapia medica per prescrizione e somministrazione, la NIA ha una specificità intrinseca: serve al sostentamento vitale e sostituisce cibo e acqua, avendo requisiti differenti dalle normali terapie farmacologiche. Sappiamo che ci sono posizioni contrastanti: chi la inquadra come misura ordinaria di assistenza doverosa da assicurare sempre, indipendentemente dalla volontà o dall'aspettativa di vita, e chi la considera esclusivamente un atto medico che può essere rifiutato o sospeso. Lo sforzo del Comitato è stato quello di giungere a una conciliazione partendo dal concetto misurabile dell'appropriatezza clinica. Sulla base della letteratura scientifica, che è un dato oggettivo, la NIA assume caratteri diversi a seconda della fase della patologia. Nello stato terminale, quando c'è una compromissione irreversibile delle funzioni e l'organismo non riesce più a utilizzare i nutrienti, desistere diventa un dovere clinico; continuare si configurerebbe come una "malpractice" o un trattamento futile. Dal punto di vista etico è accettabile la sospensione, ma con un distinguo: non bisogna sovrapporre nutrizione e idratazione. Spesso si sospende prima la nutrizione, ma l'idratazione può mantenere un valore palliativo per controllare il dolore fino a quando l'organismo non riceve più neanche i liquidi. Abbiamo trattato anche le malattie neurodegenerative e le demenze: finché c'è stabilità, si riconosce l'opportunità di assicurare nutrimento e idratazione; solo nella fase finale si torna alle considerazioni sullo stato terminale. Anche per gli stati vegetativi persistenti, che possono durare anni, le linee guida raccomandano il sostentamento vitale. La nostra conclusione è che la questione sulla natura dei presidi NIA sia malposta: non è rilevante la categoria a priori, ma il fine che si pone all'interno di un'alleanza terapeutica. In ambito bioetico, la sospensione è eticamente accettabile solo se c'è una chiara indicazione di appropriatezza clinica che dice di fermarsi; se si sospende un sostentamento vitale quando non c'è imminente pericolo di vita, il rapporto di causa-effetto con la morte configura una responsabilità etica nell'azione compiuta. Passando alle indicazioni anticipate di cura, siamo partiti dall'inquadramento giuridico sammarinese e dalla Dichiarazione dei Diritti. Riconosciamo il diritto alla vita e alla salute come diritto alle cure volte al miglioramento della qualità della vita. Cerchiamo un bilanciamento tra l'autonomia del medico e quella del paziente: bisogna evitare che il medico diventi un mero esecutore di ordini o che torni il paternalismo medico in cui il paziente non ha voce in capitolo. Le indicazioni anticipate sono un consenso informato protratto nel tempo. Abbiamo scelto il termine "indicazioni" invece di "disposizioni" perché quest'ultimo ha un valore cogente che obbliga il medico, mentre noi seguiamo il concetto di "desideri" espresso dalla Convenzione di Oviedo. Parliamo di "cura" e non solo di "trattamento" perché la cura comprende anche l'accompagnamento psicologico e la presa in carico familiare. Queste indicazioni hanno elementi di criticità, come la genericità e l'asincronicità: spesso sono scritte in salute e risultano astratte. L'ideale sarebbe redigerle all'esordio di una patologia, quando il paziente può interloquire con il medico e ricevere informazioni circostanziate sull'evoluzione e sulle scelte terapeutiche. Sul grado di vincolatività, il medico deve tenere in debito conto i desideri espressi, verificandone però la congruenza clinica con la situazione attuale e i progressi scientifici. Nessun paziente può avanzare richieste contrarie alla legge e nessun



sanitario è obbligato a compiere atti contrari alla propria coscienza. Le linee guida suggeriscono un piano di cura condiviso in cartella clinica. I contenuti possono riguardare la donazione di organi, il luogo della morte o la rinuncia a trattamenti futili. La nostra indicazione è di valutare sempre paziente per paziente e fase per fase, basandosi sull'appropriatezza clinica.

**Miriam Farinelli (Rf):** La ringrazio veramente, professoressa Borgia, perché le sue parole ci hanno illuminato. Avevo già letto la relazione del Comitato e ho ritrovato nel suo intervento le direttive su argomenti che noi legislatori, ma anche i professionisti sanitari, ci troviamo ad affrontare quotidianamente. Lei ha dato delle indicazioni molto precise, non confuse, basate sulla scientificità e sul profondo rispetto della persona. Secondo me questi sono i due elementi fondamentali per accompagnare e sostenere in maniera dignitosa un individuo fino alla fine della sua vita; il suo contributo ci sarà sicuramente molto utile.

**Gaetano Troina (D-ML):** Penso che fosse veramente importante per noi avere questo approfondimento questa sera, in vista dell'adozione di un provvedimento che ha una rilevanza indiscutibile per il nostro Paese. Avere il vostro parere qualificato prima di prendere decisioni e di definire in maniera cristallizzata la nostra normativa era fondamentale. Come parlamentare di questa Repubblica, non avrei avuto modo di compiere un'analisi così dettagliata sia sulla normativa internazionale che sul dibattito scientifico attuale che riguarda questo tema. Vorrei porvi un quesito per il confronto che dovremo svolgere: come valutate la normativa italiana su questo punto e quali suggerimenti potete darci riguardo ai provvedimenti depositati a San Marino? Sappiamo che sono formulati diversamente e basati su esperienze diverse, e l'Italia ha indubbiamente una casistica differente dalla nostra; mi farebbe piacere avere qualche elemento in più per capire come approcciarci al meglio su San Marino. Vi ringrazio perché le sue spiegazioni sono state estremamente chiare anche per un non tecnico e ho compreso a fondo determinati temi; so che non è un lavoro semplice.

**Maria Luisa Borgia (Presidente Comitato Sammarinese di Bioetica):** Vorrei precisare meglio i confini del nostro intervento di questa sera. Come membri del Comitato siamo tenuti a esprimere esclusivamente gli argomenti che sono stati condivisi insieme e su cui abbiamo trovato un punto di conciliazione unanime. Pertanto non abbiamo la possibilità di esprimere un parere in merito alla legge italiana, poiché non è contenuta nel nostro documento; se lo facessi, porterei un parere puramente personale, il che sarebbe estremamente inappropriato nei confronti dei miei colleghi. Abbiamo fatto un lavoro enorme per uscire con una voce univoca e non vorremmo essere scorretti nei loro confronti. Allo stesso modo, il Comitato non ha il compito di formulare o verificare i vostri disegni di legge, ma esclusivamente di fornire un supporto in termini di principi e di approfondimento scientifico; mi dispiace deluderla, ma non siamo in grado di rispondere a questa sua richiesta.

**Gaetano Troina (D-ML):** La ringrazio per la sua risposta, che trovo illuminante perché conferma ulteriormente la vostra terzietà e la vostra grande professionalità. Immaginavo che la vostra relazione fosse il frutto di un compromesso del vostro confronto e vi ringrazio per aver dimostrato questo approccio rigoroso.

**Andrea Ugolini (Pdcs):** Questo intervento ha permesso di rispolverare i contenuti di un elaborato del 2019 che resta fondamentale. A livello politico è vitale ricevere queste informazioni perché parliamo di provvedimenti che avranno effetti su tutta la popolazione, dal concepimento fino alla morte. In questo caso l'effetto è doppio perché sono coinvolti sia i pazienti che i professionisti. Legiferare su argomenti così delicati richiede un senso di responsabilità profondo perché andiamo a toccare sensibilità diverse all'interno di questo Consiglio Grande Generale che rappresenta tutto il nostro popolo. La difficoltà sta nel trovare l'equilibrio. Voi lo avete individuato attraverso lo studio delle linee guida internazionali e della Convenzione di Oviedo, che dà indicazioni sui diritti delle persone e sui limiti da rispettare, compresi quelli dei medici che agiscono secondo scienza e coscienza. I



professionisti sanitari hanno un mandato volto alla cura e al miglioramento dello stato di salute. La nostra difficoltà, leggendo i due progetti di legge depositati, nasce nel determinare il valore di queste cosiddette "disposizioni anticipate di trattamento". Mi chiedo se possano essere assolute o se, come ha spiegato lei, debbano essere intese come "indicazioni" o "desideri" che il medico deve valutare in una situazione clinica che potrebbe essere totalmente cambiata nel tempo rispetto alla disposizione originale. La parola "indicazione" ha un peso giuridico molto diverso da "disposizione". Ho notato che in entrambi i progetti di legge c'è uno scudo giuridico per tutelare il medico nell'interruzione delle cure, ma data la molteplicità delle patologie è difficile generalizzare con una disposizione anticipata ciò che una persona vorrebbe in una condizione differente. Il consenso informato deve essere garantito e continuato. Sarà fondamentale inserire nella legge che, nel rapporto con il proprio medico, quest'ultimo abbia la possibilità di intervenire secondo scienza e coscienza, magari non rispettando una vecchia indicazione se le tecnologie o le innovazioni farmacologiche sono cambiate. Faremo sicuramente tesoro delle vostre informazioni per cercare di produrre il miglior articolato possibile.

**Marinella Lorena Chiaruzzi (Pdcs):** Volevo ringraziarvi per una riflessione che, leggendo i due progetti di legge, mi aveva un po' inquietata e messa in difficoltà: mi riferisco al tema del consenso e alla vostra analisi sull'aggiornamento di questo documento. Una persona può fare una scelta in un certo punto della vita quando è sana e non ha problemi, ma la vita cambia velocemente e così anche il pensiero su come vogliamo affrontare il domani. Questo aspetto del rivedere e ripensare le proprie scelte mi ha dato grandi spunti e ha confermato la mia preoccupazione; vi ringrazio perché è un tema che è stato sviscerato nel vostro lavoro e non è solo una mia questione personale. Vorrei farvi un'altra domanda: avete parlato di idratazione e alimentazione, ma esistono degli orientamenti specifici sulla sedazione? Viene utilizzata frequentemente verso la fine di percorsi di malattia severa e vorrei sapere se ci sono degli spunti medici o degli orientamenti in merito.

**Maria Luisa Borgia (Presidente Comitato Sammarinese di Bioetica):** La sedazione palliativa è un argomento estremamente importante che rientra pienamente nel piano assistenziale. Anche in questo caso ci siamo mossi cercando di evitare di inquadrare tale attività in rigidi protocolli definiti a priori. Una volta riconosciuta la condizione di fine vita e attuata in modo corretto la fase di comunicazione, e purché siano garantite l'idratazione e l'igiene, la sedazione va considerata come una terapia farmacologica clinicamente appropriata, finalizzata esclusivamente alla gestione della sintomatologia. Come dicevo in precedenza, le cure palliative stanno per essere riconosciute come un vero e proprio diritto universale dell'uomo. Questo significa che la qualità della vita deve essere garantita fino alla fine, anche nella fase terminale. Oggi, con tutte le terapie farmacologiche che abbiamo a nostra disposizione, non è più ammissibile che una persona muoia soffrendo; far morire qualcuno nel dolore è una scelta non etica, scientificamente non valida e assolutamente non appropriata dal punto di vista clinico. Riguardo al controllo della sintomatologia, la letteratura scientifica ci mette a disposizione strumenti molto efficaci per gestire il cosiddetto "sintomo refrattario". Se il dolore non viene controllato fin dall'inizio, ma si aspetta che sia il paziente a chiedere di essere alleviato dalle sofferenze, allora qualcuno non sta facendo bene il proprio lavoro e si ricade nella cosiddetta "malpractice". Dobbiamo proprio invertire la vecchia mentalità di somministrare l'analgesico solo al bisogno: oggi abbiamo strumenti come le pompe che erogano il farmaco in modo costante e proporzionale. Si è capito, infatti, che il dolore ha un effetto negativo persino sull'andamento della patologia. Nella fase finale della vita, dopo aver usato tutti gli strumenti farmacologici possibili, se ci troviamo davanti a sintomi che non sono più gestibili, è doveroso — sia eticamente che deontologicamente — fare in modo che il paziente sia sollevato dalle sofferenze, perché anche la qualità della vita residua va rispettata; per questo si parla di sedazione. Le linee guida indicano un criterio di proporzionalità: non si somministra subito la sedazione profonda, ma si procede per gradi, dando la precedenza a un farmaco che spesso spaventa ma che è il più gestibile e meno costoso, ovvero la morfina. Dobbiamo superare l'errore di considerare gli oppioidi come qualcosa che genera tossicodipendenza o che sia pericoloso; siamo stati schiavi di preconcetti culturali e di ignoranza



scientifico che per anni ci hanno impedito di trattare correttamente il dolore. Vi assicuro che non esiste alcuna religione che vieti il controllo del dolore attraverso i farmaci oppiacei. La sedazione palliativa serve a ridurre il dolore procedendo per step, fino al momento in cui la somministrazione della morfina produrrà un annullamento della coscienza, e tutto questo deve essere gestito all'interno di un'alleanza terapeutica. Questo argomento potrebbe essere inserito nelle indicazioni anticipate di cura: si spiega al paziente che la sua patologia, ad esempio una malattia neoplastica, arriverà a un punto tale da causare certi dolori, e insieme si decidono le opzioni. Se il paziente chiede il controllo del dolore, deve sapere che i protocolli prevedono una proporzionalità che porterà a un certo punto all'obnubilamento della coscienza. Dal punto di vista etico, esiste anche la possibilità che l'aumento della dose, necessario per lenire il dolore, possa anticipare il momento della morte. Questa situazione viene definita come la "regola del doppio effetto": ciò che dà eticità all'azione è l'intenzione, un po' come la differenza tra colpa e dolo per i giuristi. Se somministro morfina per sopprimere la coscienza e alleviare il dolore, e questo anticipa la morte, quella morte non è né voluta né ricercata, quindi l'azione è eticamente accettabile e non si configura come eutanasia. Al contrario, somministrare una dose massiccia direttamente per indurre la morte volontaria è eutanasia. L'azione produce due effetti: uno ricercato, che dà l'eticità, e uno non ricercato ma tollerato. Questo deve essere spiegato al paziente affinché possa acconsentire attraverso quel consenso dilazionato nel tempo che è l'indicazione di cura. Pensate che fu addirittura Pio XII nel 1959, durante un congresso di anestesisti, a dichiarare che è eticamente accettabile aumentare la morfina anche a costo di abbreviare la vita, purché la morte non sia né voluta né ricercata. Non abbiamo quindi obiezioni etiche, deontologiche o religiose; anzi, non farlo diventerebbe una "malpractice".

**Aida Maria Adele Selva (Pdcs):** Vorrei svolgere alcune considerazioni che mi stanno particolarmente a cuore. Ricordo molto bene come, durante la pandemia di Covid-19, i documenti redatti dal Comitato Sammarinese di Bioetica abbiano ricevuto un riconoscimento a livello mondiale. Penso che il nostro Comitato abbia sempre svolto il proprio compito nel pieno rispetto della persona, dimostrando grande equilibrio e un'attenzione particolare verso i più fragili, come le persone con disabilità. Ho letto questo nuovo documento e, sebbene sia denso di contenuti e vada approfondito più volte, vi ringrazio proprio per questa sensibilità verso le persone fragili. Un punto significativo è quello delle cure palliative, che garantiscono il rispetto della dignità della vita; io penso che il nostro compito primario come esseri umani sia proprio quello di rispettare questa dignità. Il ruolo delle cure palliative è centrale nel vostro documento e ricordo che già la Segreteria alla Sanità aveva manifestato la volontà di potenziare questo settore nel piano socio-sanitario. Come ha detto lei, professoressa, oggi queste cure sono un diritto mondiale della persona: quando si sta male non serve solo il trattamento farmacologico, ma serve tutto un contesto che aiuti a superare il momento difficile o che accompagni il paziente adeguatamente. Altra questione fondamentale è l'alleanza terapeutica, che passa attraverso la formazione e l'informazione. Uno può esprimere delle disposizioni anticipate quando sta bene, ma quando si trova di fronte alla malattia è giusto che sia informato su tutto per dare un consenso consapevole. I ragionamenti che facciamo da sani sono diversi da quelli che si fanno durante la malattia. È importantissimo anche il supporto alla famiglia, perché avvicinarsi al fine vita è un momento estremamente doloroso per tutti. Penso che il Comitato abbia raggiunto un ottimo punto di equilibrio tra le diverse esigenze e sensibilità. Come dimostra anche il riferimento alle parole del Papa, questo è un argomento che deve essere libero da ideologie, pregiudizi e preconcetti. Vi ringrazio nuovamente per averci fornito un quadro così completo sulla tematica.

**Emanuele Santi (Rete):** Anche io mi unisco ai ringraziamenti alla dottoressa Borgia per averci esplicitato i contenuti di questa relazione del 2019. Il nostro gruppo è estensore di uno dei progetti di legge sul tema, insieme a quello dell'associazione Emma Rossi, e sentiamo questa necessità perché in Parlamento sono arrivate diverse Istanze d'Arengo e i cittadini ci chiedono una legge da tempo. Se questa normativa non è ancora arrivata è perché si tratta di una materia difficile, che tocca sensibilità personali e dinamiche diverse anche all'interno degli stessi gruppi, come abbiamo visto succedere



nello stesso Comitato di Bioetica. Credo però che gli elementi portati stasera abbiano chiarito molti aspetti; spero che nelle prossime settimane si possa lavorare a un testo buono, libero da ideologie e preconcetti. L'importante, secondo me, è che la legge tenga conto della volontà del paziente e che questa venga rispettata, partendo da un rapporto di fiducia costante con il medico. Vorrei porre una domanda forse scomoda: nella relazione non ho trovato un titolo specifico sull'obiezione di coscienza. Se ne accenna parzialmente dicendo che il medico non può essere obbligato a certe azioni, ma il tema non è sviscerato. Mi chiedo se questo approfondimento sia stato lasciato da parte perché non c'era condivisione o perché ritenete che non riguardi il fine vita. È un tema che è emerso spesso nei nostri incontri pubblici e che avevamo già affrontato con la legge sull'interruzione volontaria di gravidanza. Noi nella nostra proposta abbiamo spinto per l'autodeterminazione al cento per cento, ma la questione dell'obiezione di coscienza potrebbe essere un punto di caduta importante nel rapporto con il medico, che resta parte fondamentale del percorso. Sarei grato se potesse fornirci un approfondimento su questo.

**Andrea Ugolini (Pdcs):** La domanda della collega Chiaruzzi sulla sedazione palliativa mi ha fatto sorgere un dubbio. Le cure palliative sono già ben integrate nel nostro sistema e l'ospedale di San Marino è stato nominato "ospedale senza dolore". Ho notato che ultimamente molti nostri concittadini, quando la famiglia è strutturata, decidono di terminare il proprio percorso terreno a casa. In questa situazione, considerando che le indicazioni anticipate di cura possono essere riviste costantemente, vorrei sapere se esiste a livello internazionale una statistica che ci dica se l'implementazione delle cure palliative porti le persone a rivedere le proprie indicazioni iniziali. Mi chiedo se l'alleanza medico-paziente e la conoscenza di questi nuovi trattamenti di sostegno portino a un cambiamento in itinere della volontà del malato.

**Maria Luisa Borgia (Presidente Comitato Sammarinese di Bioetica):** Rispondo subito all'ultima domanda dicendo che al momento non abbiamo questi dati, ma mi impegno a studiare la letteratura scientifica in materia per vedere se esistono riscontri statistici su questi cambiamenti di volontà. Riguardo invece alla domanda del commissario Emanuele Santi, il termine "obiezione di coscienza" non compare nel titolo semplicemente perché, per come è costruito il nostro documento, l'obiezione non è necessaria. Mi spiego: se parliamo di "indicazioni" e non di "disposizioni", se ci agganciamo alla Convenzione di Oviedo che parla di "desideri" (wishes) e se ribadiamo che devono essere rispettate le autonomie sia del paziente che del medico, allora non c'è obbligo. Come indicato nelle linee guida del 2014, non esiste per il medico l'obbligo assoluto di rispettare pedissequamente le espressioni anticipate se esistono ragioni cliniche che autorizzano a non eseguire quelle direttive. L'obiezione di coscienza serve quando c'è un obbligo di legge a cui ribellarsi, come accadeva con la leva obbligatoria in Italia. Ma se inquadrriamo tutto come un'alleanza tra due autonomie, non ha senso parlare di obiezione perché non c'è nulla che venga imposto al medico. Se ne avessimo parlato, avremmo praticamente smentito tutto l'impianto del nostro documento.

**Guerrino Zanotti (Libera):** Devo essere sincero, il mio approccio a questa materia è sempre stato di carattere etico. Pur conoscendo i documenti come la Convenzione di Oviedo, non avevo approfondito la questione scientifica così nel dettaglio. Quello che ha detto nell'ultimo intervento, professoressa, per me è impattante. Il progetto di legge di iniziativa popolare parla esplicitamente di "disposizione anticipata di trattamento sanitario". Io partivo dal presupposto che una persona avesse il diritto di autodeterminarsi e di dare disposizioni vincolanti per il momento in cui non sarà più in grado di intendere e volere. Invece mi sembra di capire che, secondo voi, queste non siano più "disposizioni" ma semplici "desideri" o "indicazioni di massima", il che ne riduce notevolmente la portata. In questo modo cade anche il discorso dell'obiezione di coscienza, perché appunto sono solo desideri. Si potrebbe pensare di prevedere nella legge un rinnovo periodico per far sì che non siano datate, ma la vostra relazione di fatto smonta l'impianto normativo che avevamo immaginato. Mi chiedo cosa succederebbe se l'ordinamento sammarinese si dotasse di una legge con carattere perentorio.



Qualcuno dice che la traduzione di "wishes" nella convenzione non sia ufficiale e che potrebbe essere intesa come una volontà precisa. Sono molto perplesso: se ogni volontà espressa dal Consiglio Grande e Generale può essere vanificata dai termini che ci avete riportato, allora la legge non avrebbe più alcun valore. La base fondamentale di questo progetto è la disposizione fatta in piena autonomia per disporre del proprio corpo e della propria vita negli atti finali, senza per questo voler arrivare all'eutanasia. Si tratta di ribadire la libertà dell'essere umano di autodeterminarsi, ma la vostra relazione non mi conforta affatto in questo senso.

**Miriam Farinelli (Rf):** Vorrei sottoporvi un caso specifico legato al mio lavoro. Pensiamo a una donna gravida che abbia espresso le sue disposizioni anticipate di trattamento quando era in buona salute. A causa di un incidente stradale si trova in condizioni irreversibili, ma ha in grembo un bambino che non ha ancora raggiunto il limite minimo di vitalità per la vita extrauterina. Se la donna ha disposto di "chiudere tutto" in quelle condizioni, io come medico potrei sentire la necessità di un'obiezione di coscienza per non terminare subito la vita della madre e tentare di far raggiungere al bambino l'epoca minima vitale. In questo caso l'obiezione di coscienza del medico si collegherebbe a quella prevista per l'interruzione di gravidanza: io medico dico "no, aspettiamo un momento per recuperare quella vita, facciamo nascere il bambino e poi lasciamo andare la mamma". Che poi è un caso a parte ancora più specifico e complesso e deve vedere anche il coinvolgimento della famiglia perché la famiglia deve essere cosciente di quello che può accadere.

**Maria Luisa Borgia (Presidente del Comitato Sammarinese di Bioetica):** Partiamo dal presupposto che la salute è un diritto personalissimo e, di conseguenza, il consenso informato può essere espresso dall'avente diritto esclusivamente sulla propria persona. Le indicazioni anticipate di cura possono quindi essere manifestate soltanto per se stessi e non per un'altra persona, anche se quest'ultima si trova in grembo. Nella fattispecie che lei citava, se io esprimo il desiderio di non essere intubata ma mi trovo ad avere in grembo un'altra vita, io penso che quella indicazione riguardi esclusivamente la persona avente diritto e non la seconda persona. Credo che in questo caso sia lecito assecondare le volontà precedentemente espresse per quanto riguarda la persona, ma bisogna distinguere i due momenti: non si tratta di obiezione di coscienza, ma semplicemente della necessità di mettere tra parentesi quel desiderio per dare la possibilità a un altro individuo, che non ha sottoscritto alcuna dichiarazione, di raggiungere il minimo vitale. Una volta garantito questo, si può tornare indietro ed esaudire il desiderio della persona. Dal punto di vista costituzionale, il motivo per cui il consenso non può essere dato da altri, salvo i casi di minori o incapaci, è proprio questa natura personalissima del diritto alla salute: ognuno deve poter decidere per sé e non per gli altri. Voglio tornare su quanto sollevato dal consigliere Guerrino Zanotti; sapesse quanto abbiamo ragionato su questo punto all'interno del Comitato. Qui entriamo nel campo della raffinatezza giuridica e bisognerebbe coinvolgere la giurisprudenza sammarinese ai massimi livelli per valutare l'effettiva compatibilità tra una legge interna e la Convenzione di Oviedo, che è stata regolarmente ratificata dal nostro Stato. Mentre lei parlava, mi è venuto in mente un altro spunto: in tutto il nostro discorso abbiamo sempre distinto le indicazioni anticipate di cura dalle volontà testamentarie. Nel testamento si manifesta una volontà cogente su beni materiali di cui si è in possesso, ed è assolutamente legittimo disporre di ciò che ci appartiene. Altro è invece parlare del bene "vita", che non può essere equiparato a un bene materiale disponibile; tutte le costituzioni partono dal presupposto che la vita sia un bene indisponibile e una disposizione perentoria andrebbe a scontrarsi con questo principio, specialmente quando tale volontà entra in conflitto con l'avanzamento scientifico e l'appropriatezza clinica. Non posso risponderle con assoluta certezza su cosa accadrebbe se ci discostassimo dalla Convenzione di Oviedo, ma credo che questo sia un ulteriore elemento per il suo approfondimento.

**Guerrino Zanotti (Libera):** Mentre lei stava parlando, professoressa, mi è venuto da pensare che esistono altri Stati che hanno adottato normative analoghe a quella presentata qui a San Marino, pur



avendo sottoscritto e ratificato la Convenzione di Oviedo. Mi sembra che in quei Paesi le due cose coesistano tranquillamente e anche da diverso tempo, senza che sia mai stato sollevato un tema di incompatibilità tra la normativa locale e quella internazionale. Evidentemente, guardando la questione dal mio punto di vista, questo mi suggerisce che qualche speranza di conciliazione ci sia.

**Maria Luisa Borgia (Presidente del Comitato Sammarinese di Bioetica):** Le do una notizia, consigliere: se lei faceva riferimento alla legge italiana sulle disposizioni anticipate di trattamento, deve sapere che l'Italia è uno di quei Paesi che ha firmato ma non ha mai ratificato la Convenzione di Oviedo. È quasi uno scandalo, se mi passate il termine, ma il fatto è che in Italia la convenzione non è ancora stata ratificata, quindi dobbiamo togliere l'Italia da questo confronto.

**Gian Carlo Venturini (Pdcs):** Abbiamo avuto molti spunti di riflessione che ci hanno già dato indicazioni preziose; ringrazio il Comitato per il lavoro svolto nel documento e per questa audizione che ci consente di fare ulteriori approfondimenti. Il tema non è affatto semplice: da una parte diciamo che è giusto sostenere l'autodeterminazione, ma dall'altra dobbiamo stare attenti che questa non venga spinta fino a diventare eutanasia o suicidio assistito, quindi bisogna definire bene questi confini. Io penso che il rapporto diretto tra il paziente e il medico che lo assiste sia fondamentale. È giusto potenziare le cure palliative perché oggi non è corretto morire soffrendo; se tutto questo coincide, forse non c'è nemmeno bisogno di parlare di obiezione di coscienza. Mi ricollego a quanto diceva la collega Miriam Farinelli: lei ha già risposto chiaramente che si decide per la propria persona e non per altri, quindi è giusto salvare quella vita prima di procedere. Vorrei però porre un'altra riflessione: come ci si comporta di fronte a una persona incapace fin dalla nascita, che non ha mai potuto esprimere un'opinione? Se a decidere deve essere un tutore o un giudice, il medico può esercitare l'obiezione di coscienza? Mi chiedo a quale titolo un terzo possa decidere per qualcuno che non ha mai potuto esercitare questa facoltà; esistono direttive o suggerimenti internazionali su questo? Un conto sono le disposizioni per accompagnare un paziente affinché non soffra, un altro è includere nel trattamento la sospensione di idratazione e alimentazione; se non precisiamo meglio queste norme, il rischio è di far morire qualcuno di fame e di sete. Anche se i provvedimenti presentati dicono di non riguardare l'eutanasia, certe pratiche mi lasciano perplesso.

**Maria Luisa Borgia (Presidente del Comitato Sammarinese di Bioetica):** Per quanto riguarda gli incapaci, il nostro Comitato segue un filo conduttore preciso che è l'attenzione alle persone con disabilità; abbiamo iniziato nel 2013 e non ci siamo mai fermati. Sebbene non sia stato trattato in questo specifico documento, abbiamo dedicato interi capitoli di altri lavori proprio a questo tema. La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità indica il diritto alla salute e alla vita per la persona disabile senza che qualcun altro possa decidere al suo posto, perché altrimenti si tratterebbe di una discriminazione. Troppo facile sarebbe demandare tutto al giudice; in Italia esiste l'amministratore di sostegno, ma la legge chiarisce che la sua figura non riguarda la salute e la vita del soggetto, trattandosi di un diritto personalissimo. L'amministratore aiuta nelle pratiche burocratiche ma non può decidere sull'atto terapeutico. Se il paziente non è consapevole e c'è disaccordo tra medico e famiglia, si ricorre al giudice, ma è comunque una terza persona che decide su basi che possono essere il principio di beneficiabilità o, purtroppo, l'allocazione delle risorse. In questo senso i disabili si sentono profondamente discriminati, come successo durante il Covid, perché vengono visti come un costo per la società quando non sono a carico della famiglia. Il timore è che il giudice decida sulla base di parametri costo-beneficio invece che rischio-beneficio; quindi la questione è molto complessa. L'unica cosa su cui abbiamo lavorato molto è aggrapparsi alla convenzione ONU che dice "niente su di noi senza di noi": nessuno può disporre del nostro bene vita anche se siamo incompetenti. Abbiamo affrontato il diritto alla salute degli inconsapevoli già nel 2013. Riguardo all'obiezione di coscienza, essa è prevista nel codice deontologico medico: il professionista non è obbligato a compiere un atto che vada contro i propri principi o contro il principio di beneficiabilità del paziente. Io penso che l'obiezione intervenga quando c'è un obbligo di legge. Se il



giudice obbligasse un medico a togliere il sostentamento vitale a un paziente disabile, allora l'obiezione sarebbe legittima perché scaturirebbe dal rifiuto di un obbligo imposto per legge. Dove non c'è obbligo di legge, l'obiezione di coscienza non è necessaria.

**Matteo Casali (Rf):** Ringrazio anch'io il comitato per questa utilissima serata; io penso che un nodo centrale che saremo chiamati a dirimere sarà proprio quello tra "disposizioni" e "indicazioni". Da lì passerà tutto il discorso dell'obiezione: se parliamo di disposizioni cogenti, allora può scattare per parallelo il discorso di un'obiezione, mentre il documento non ne parla perché, essendo strutturato su indicazioni non cogenti, non c'è nulla a cui il medico debba ribellarsi. Anche per la nutrizione e l'idratazione assistita, la linea etica del Comitato è chiara: se togliendole si provoca la morte, questo non è etico. Se è vero che si può discutere della disponibilità del bene vita rispetto a beni materiali, mi pare evidente che il principio di autodeterminazione abbia la sua valenza. Mi ha colpito molto il concetto di sincronia tra la manifestazione della volontà e l'evento: tanto più l'evento è sincrono, tanto più quelle volontà hanno cogenza. Forse l'equilibrio dell'alleanza terapeutica potrebbe essere bilanciato proprio sulla base di questa sincronia: tanto più le dichiarazioni sono asincrone, tanto più sono semplici indicazioni; quanto più sono sincrone, tanto più diventano disposizioni. Faccio un esempio: un uomo di trent'anni che ha lasciato scritto di non voler essere intubato in caso di incidente. Magari nel suo caso quelle restano più indicazioni e meno disposizioni perché l'equipe medica può vedere margini di recupero anche esigui, ma non banali. Al contrario, se una persona anziana capace di intendere rifiuta l'intubazione proprio mentre sta entrando in terapia intensiva, quella diventa una disposizione molto più cogente del trentenne che lo ha detto anni prima al bar. Bisognerebbe trovare una formulazione che tenga conto del parametro tempo e della fase della malattia, assecondando la vostra idea del "caso per caso" e "persona per persona". All'esordio della malattia potrebbero succedere cose opportune, a meno che il paziente non esprima la volontà di non essere informato. Infine, vorrei porre una questione: ci sono persone che stanno benissimo ma rifiutano trasfusioni o antibiotici per motivi ideologici, andando contro ogni logica medica e mettendo a repentaglio anche la vita dei minori; come ci comportiamo in questi casi?

**Maria Luisa Borgia (Presidente del Comitato Sammarinese di Bioetica):** Quello che lei ha prospettato sulla sincronia è un ottimo spunto. Le rispondo ricordando che San Marino ha la legge sul TSO, il trattamento sanitario obbligatorio: nessun cittadino può essere obbligato per legge a un trattamento che non ritiene opportuno, a meno che non ci sia un obbligo specifico stabilito legislativamente. La richiesta di non essere intubati è una legittima espressione di autonomia e autodeterminazione del paziente. Ricordo il caso di una paziente diabetica in Italia che rifiutò l'amputazione di un piede, decidendo scientemente di morire per la cancrena pur di non subire l'operazione; nessuno ha potuto obbligarla perché era capace di intendere e volere. Attenzione però: dal punto di vista etico c'è una valenza doppia tra l'atto di non intraprendere una manovra di sostegno vitale e l'atto di interromperla dopo che è stata avviata. Durante il Covid è emerso chiaramente: non intubare un paziente che ha chiesto di non essere ventilato significa rispettare la sua autodeterminazione; non c'è un rapporto di causa-effetto, il paziente muore per morte naturale e il medico non ha responsabilità. Al contrario, se io estubo un paziente già intubato per dare il posto a un altro che ha più possibilità, sto inducendo la morte attraverso un'azione diretta, e questo eticamente è molto più pesante. Ecco perché le indicazioni anticipate dovrebbero distinguere bene tra il non intraprendere e il sospendere una manovra. Più ci si approssima alla situazione reale e più la richiesta del paziente acquista una valenza che supera il semplice desiderio ipotetico. Il punto di equilibrio potrebbe essere proprio la tempistica, ma la decisione finale spetterà a voi del Consiglio Grande Generale.

**Luca Lazzari (Psd):** Io penso che il contributo portato questa sera a questa riflessione così delicata sia davvero prezioso per avviare finalmente un confronto tra le diverse forze politiche. Anche se all'interno dei singoli partiti, come nel caso del mio, abbiamo già iniziato a ragionare un po' su questi



temi, un vero approfondimento comune tra tutti gli schieramenti non era ancora stato fatto seriamente. Credo comunque che la volontà di tutti noi, al di là della necessità di tutelare dei principi che a volte possono sembrare astratti, sia quella di dare risposte concrete a situazioni che, purtroppo, viviamo un po' tutti nella nostra realtà quotidiana. Sono assolutamente convinto che non sia intenzione di nessuno qui dentro creare i presupposti giuridici per introdurre il suicidio assistito; non avverto affatto questo tipo di cultura nel nostro Paese, nemmeno tra chi ha un'impostazione di pensiero magari più libera su argomenti di questo genere. Nel corso del dibattito è stata richiamata la Convenzione di Oviedo e ci avete spiegato che essa parla di desideri, ovvero di volontà precedentemente espresse che devono essere tenute in debito conto. Tuttavia, non possiamo ignorare che esiste una giurisprudenza successiva, sia a livello della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo che a livello nazionale, che in qualche modo rafforza in maniera significativa il principio di autodeterminazione del paziente. Proprio per questo motivo vorrei porvi una domanda specifica: secondo voi è ancora sufficiente limitarsi a tenere semplicemente in considerazione i desideri del paziente, oppure ritenete che, alla luce di questa evoluzione giuridica e sociale così marcata, questa volontà espressa dal paziente debba essere tenuta in una considerazione molto maggiore rispetto a quanto avveniva in passato?

**Maria Luisa Borgia (Presidente del Comitato Sammarinese di Bioetica):** Per rispondere alla sua domanda, io sento il dovere di tornare e rimanere rigorosamente all'interno del perimetro istituzionale che ci siamo dati come Comitato di Bioetica. Per noi rimane assolutamente fondamentale il rispetto delle norme vigenti e il criterio dell'appropriatezza clinico-scientifica; queste sono le uniche coordinate che hanno guidato ogni nostra riflessione e ogni nostra conclusione. Riguardo invece all'evoluzione sociale e al sentire comune della popolazione, io penso che si tratti di valutazioni che spettano esclusivamente al legislatore e alla politica, poiché attengono ad ambiti e considerazioni che vanno oltre il nostro compito tecnico. Noi dobbiamo necessariamente restare ancorati a questi principi cardine: il faro che illumina il nostro operato è la Convenzione di Oviedo. Essendo un Comitato di Bioetica, la nostra missione è quella di applicare la bioetica alla biomedicina, e quindi il nostro secondo grande pilastro non può che essere la letteratura scientifica più accreditata. Fare considerazioni di altro tipo significherebbe esulare completamente dal mandato che ci è stato conferito e, per questo motivo, non mi sento di dare risposte diverse da quelle strettamente legate ai principi che ho appena esposto.

**Fabio Rigbi (D-ML):** Alla luce del dibattito che si è prodotto fino a questo momento e visti i quesiti che sono stati rivolti e anche gli esempi concreti che sono stati usati per capire meglio le diverse posizioni, ci tengo a precisare un aspetto molto importante. I due progetti di legge che sono arrivati e che arriveranno all'esame di questa Commissione, e successivamente del Consiglio Grande e Generale, trattano il tema del fine vita esclusivamente per i casi in cui si parta da malattie comunque invalidanti o da tutte quelle situazioni cliniche dove sostanzialmente la sentenza medica è già stata purtroppo scritta. Quindi anche gli esempi che sono stati fatti, e che nascono naturalmente perché è giusto e corretto cercare di capire fin dove una norma si possa spingere per cercare di legiferare nel modo migliore possibile, non sono corrispondenti a quello che noi oggi siamo chiamati a trattare. Mi riferisco agli esempi legati agli incidenti fortuiti: questi non corrispondono affatto a quello che chi ha prodotto questi due provvedimenti di legge intendeva circoscrivere nell'intervento normativo necessario. Ci tenevo a chiarirlo perché altrimenti rischiamo di allargare troppo il campo, mentre le posizioni espresse dagli stessi proponenti di questi due provvedimenti — e ne abbiamo uno proprio qui presente che potrebbe smentirmi se dicessi il contrario — sono state molto chiare nel ribadire questo limite. Penso sia fondamentale che anche noi ci attendiamo rigorosamente a questo specifico perimetro di discussione.

**Marco Gatti Segretario di Stato:** Io credo che il lavoro svolto ci abbia fornito degli ottimi spunti di riflessione su cui lavorare. In particolare, penso sia necessario prestare molta attenzione alle parole che utilizziamo perché poi molte delle considerazioni che faremo in futuro dipenderanno proprio



dall'impostazione che decideremo di dare alla norma. Se definiremo chiaramente degli obblighi legislativi, dovremo necessariamente tenere in considerazione alcuni aspetti tecnici e rispondere anche ad alcuni quesiti che sono emersi durante il dibattito; se invece questo obbligo non dovesse esserci, la configurazione legale sarebbe ovviamente differente. Si tratta di temi estremamente complessi, ma io penso sia giusto riuscire a confinare la materia e andare verso una normativa che sia realmente d'aiuto in situazioni drammatiche come quelle del fine vita. Come è stato ricordato, l'intenzione degli istanti e dei proponenti è quella di trattare esclusivamente il caso in cui è già stato sancito un percorso terminale per il soggetto, e ci troviamo quindi dentro quella specifica circostanza e non in contesti differenti. Sono convinto che questo elemento della terminalità debba essere tenuto in grande considerazione come punto d'arrivo fondamentale quando andremo a lavorare intorno alla stesura del testo definitivo. Gli approfondimenti che avete portato questa sera sono stati per me sicuramente molto utili.

**Denise Bronzetti (Presidente):** L'auspicio è che, alla luce del vostro prezioso lavoro, qualora dovessimo aver bisogno di ulteriori approfondimenti tecnici da parte vostra nel corso dei lavori legislativi, non mancheremo sicuramente di interpellarvi nuovamente.

**I lavori si interrompono verso le 22:30 con la conclusione di tutti i commi all'ordine del giorno.**

**I lavori vengono interrotti verso le 23:30 e riprenderanno mercoledì 29 aprile alle 20:00 con l'audizione del Comitato Sammarinese di Bioetica.**