

CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA

PROPOSTA DI LEGGE

N. 59/A

presentata dai Consiglieri regionali

DERIU - CORRIAS - FUNDONI - PIANO - PILURZU - PISCEDDA - SOLINAS Antonio - SORU - SPANO - PIZZUTO - AGUS - PINTUS - ORRÙ - COCCO - DI NOLFO - CIUSA - LI GIOI - MANDAS - MATTA - PORCU - SERRA - SOLINAS Alessandro - CANU

il 15 novembre 2024

Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito
ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019

RELAZIONE DEI PROPONENTI

La presente proposta di legge regionale, elaborata e promossa dall'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica - APS, si pone l'obiettivo di definire il rispetto e la diretta applicazione, relativamente a ruoli, procedure e tempi del Servizio sanitario nazionale e regionale di verifica delle condizioni e delle modalità di accesso alla morte medicalmente assistita, affinché l'aiuto al suicidio non costituisca reato, così come delineato dalla sentenza della Corte costituzionale "Antoniani/Cappato", n. 242/2019, che ha dichiarato "l'illegittimità costituzionale dell'articolo 580 del Codice penale, nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli articoli 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente".

I giudici della Corte costituzionale hanno individuato una circoscritta area in cui l'incriminazione per aiuto al suicidio previsto nell'articolo 580 del Codice penale non è conforme alla Costituzione. Si tratta dei casi nei quali l'aiuto è fornito ad una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale (quali, ad esempio, l'idratazione e l'alimentazione artificiale) ed affetta da una patologia irreversibile, fonte di intollerabili sofferenze fisiche o psicologiche, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli. In base alla legge sulle disposizioni anticipate di trattamento (legge n. 219 del 2017), il paziente in tali condizioni può già decidere di lasciarsi morire chiedendo l'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale e la sottoposizione a sedazione profonda continua, che lo pone in stato di incoscienza fino al momento della morte. Decisione che il medico è tenuto a rispettare. La legge, invece, non consente al medico di mettere a disposizione del paziente trattamenti atti a determinarne la morte. Il paziente è così costretto, per congedarsi dalla vita, a subire un processo più lento e più ca-

rico di sofferenze per le persone che gli sono care. Ciò finisce per limitare irragionevolmente la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta dei trattamenti, compresi quelli finalizzati a liberarlo dalle sofferenze, in contrasto con gli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione.

Alla luce di quanto descritto, la Corte ha ritenuto di dover porre rimedio alla discriminazione riscontrata. Nella specie un preciso punto di riferimento, utilizzabile a questo fine, è stato individuato nella disciplina introdotta con la legge sulle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) relativa alla rinuncia ai trattamenti sanitari necessari alla sopravvivenza del paziente e alla garanzia dell'erogazione di una appropriata terapia del dolore e di cure palliative (articoli 1 e 2 della legge n. 219 del 2017). Queste disposizioni prevedono una procedura medicalizzata che soddisfa buona parte delle esigenze riscontrate dalla Corte. Inoltre, i giudici costituzionali hanno ritenuto che la verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio e delle relative modalità di esecuzione debba restare affidata, in attesa dell'intervento legislativo, a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale. Ciò in linea con quanto già stabilito in precedenti pronunce, relative a situazioni analoghe. La sentenza, dunque, individua determinate condizioni di accesso alla morte medicalmente assistita e ad un percorso di verifica, attraverso il Servizio sanitario nazionale, di queste condizioni e delle modalità per assumere un farmaco efficace ad assicurare la morte più rapida, indolore e dignitosa possibile.

Nell'ambito delle competenze delle Regioni, dunque, questa proposta di legge mira a definire i ruoli, i tempi e le procedure delineate dalla Corte costituzionale attraverso una sentenza immediatamente esecutiva, ferma restando l'esigenza di una legge nazionale che abbatta le discriminazioni tra malati oggi in atto.

In relazione alle competenze regionali in materia, occorre richiamare innanzitutto la Costituzione che, nel titolo V della parte seconda, reca distinte disposizioni concernenti la sanità pubblica:

- l'articolo 117, comma 2, lettera m), riserva allo Stato la competenza legislativa in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;
- l'articolo 117, comma 3, invece, attribuisce alla competenza concorrente la materia tutela della salute (si ricorda che già nella precedente formulazione la materia assistenza sanitaria ed ospedaliera era di competenza legislativa concorrente) e ricerca scientifica (quest'ultima naturalmente collegata alle finalità di tutela della salute: cfr. sentenza Corte costituzionale 20 marzo 1978, n. 20).

Se è di competenza statale la determinazione delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali e, dunque, l'individuazione dei diritti come quello ad accedere alla verifica delle condizioni per il suicidio assistito sancito dalla Corte costituzionale a livello nazionale, le Regioni hanno la competenza concorrente a tutelare la salute dei cittadini e pertanto, sulla base dei livelli minimi individuati a livello nazionale, possono intervenire, anche in una logica di cedevolezza invertita, a disciplinare procedure e tempi di applicazione dei diritti già individuati.

Invero, proprio i tempi e le procedure rappresentano elementi fondamentali affinché il diritto sancito a livello nazionale sia efficacemente fruibile, accedendo, tale diritto, a condizioni di malattia, sofferenza ed estrema urgenza. La stessa Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea riconosce, all'articolo 41, il diritto di ogni persona a che le questioni che la riguardano siano trattate entro un termine ragionevole dalle istituzioni.

Le storie di alcune persone malate che, all'indomani della sentenza della Corte costituzionale, si sono rivolte all'Associazione Coscioni per poter affermare la libertà di autodeterminazione nella scelta delle terapie, incluse quelle finalizzate a liberarle dalle sofferenze, libertà scaturenti dagli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione, sono state fondamentali per individuare le maggiori criticità e i passaggi sui quali una legge nazionale ha il dovere di intervenire, ma sono altrettanto fondamentali per definire i tempi e le procedure già individuate dalla sentenza della Corte costituzionale, che consentono di abbattere gli ostacoli procedurali e chiarire i ruoli per l'accesso al suicidio medicalmente assistito.

Innanzitutto, Federico Carboni conosciuto fino al 16 giugno 2022 come "Mario". Federico Carboni era un malato tetraplegico marchigiano, che ha dovuto attendere quasi due anni da quando ha

inviato la richiesta all'azienda sanitaria per la verifica delle condizioni previste nella sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019, e solo a seguito dell'attivazione delle giurisdizioni sia penali che civili, è riuscito ad accedere, per la prima volta in Italia, alla morte medicalmente assistita tramite l'autosomministrazione del farmaco letale (suicidio medicalmente assistito). Federico Carboni ha dovuto farsi carico della fase successiva alla verifica delle condizioni, ovvero della ricerca del medico che prescrivesse il farmaco con relativa preparazione per autosomministrazione e dell'acquisto del farmaco e del macchinario, acquisto per cui l'Associazione Luca Coscioni ha lanciato una raccolta fondi pubblica. Il protrarsi delle attese aveva gravemente compromesso le condizioni di salute di Federico, le cui sofferenze intollerabili erano state già verificate, quasi un anno prima, dalle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale.

"Antonio" nome di fantasia per la tutela della privacy, è una persona malata tetraplegica, anche lui marchigiano, che ha atteso per quasi due anni i tempi non definiti del Servizio sanitario regionale.

In ultimo, come sequenza di richieste all'Azienda sanitaria unica regionale Marche (ASUR), Fabio Ridolfi, 46enne di Fermignano, immobilizzato da 18 anni a letto a causa di una tetraparesi, testimonia quanto sia cruciale l'individuazione di una cornice temporale entro la quale il Servizio sanitario debba intervenire in risposta alle richieste delle persone malate: nel caso di Fabio, infatti, il protrarsi delle attese senza alcuna prospettiva temporale ha determinato il malato a scegliere una strada diversa, ovvero l'interruzione delle terapie con sedazione profonda, rispetto a quello che avrebbe voluto (perché con tempi diversi che portano al fine vita), ovvero il suicidio medicalmente assistito.

Proprio al fine di arginare tali ostruzionismi, ritardi e difficoltà che si aggiungono alle sofferenze di chi chiede di accedere alla morte medicalmente assistita, si rende necessario chiarire gli aspetti procedurali dettati dalla Corte costituzionale, sia per le persone malate che per le strutture sanitarie che devono fornire risposte e assistenza.

È superfluo, inoltre, soffermarsi sulla scelta di aver considerato il percorso di accesso al suicidio assistito, alla stregua di altre prestazioni sanitarie aventi ad oggetto delicati interessi, quali la vita, la riproduzione e in generale le scelte terapeutiche non inquadrabili nelle fitte maglie di un procedimento amministrativo che detta tempi e procedure non rispettose delle sofferenze e dei tempi urgenti delle persone malate spesso terminali, che necessitano di risposte più veloci e meno burocratizzate rispetto a quelle previste e dettate dalla legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi) e successive modifiche ed integrazioni.

Tale legge, infatti, disciplina il procedimento che normalmente si riferisce invece all'espletamento di funzioni amministrative proprie che scaturiscono in provvedimenti amministrativi autoritativi.

In questo caso siamo in presenza di prestazioni che vengono rese alla persona nell'esercizio delle professioni e delle arti sanitarie, prestazioni soggette a un sistema di vigilanza fortemente regolamentato, ma che non rappresentano esercizio di poteri amministrativi in senso proprio.

È, dunque, da escludersi che le procedure qui delineate, che hanno l'obiettivo politico chiaro di evitare quanto accaduto in passato, ovvero di impantanare richieste di accesso alla verifica delle condizioni del malato bensì di definire ruoli e responsabilità, nel rispetto dei tempi stretti delle persone malate delle loro sofferenze, possano ricondursi ad un procedimento amministrativo disciplinato dalla legge n. 241 del 1990.

La presente proposta di legge è redatta anche alla luce della comunicazione inviata nel dicembre 2022 dal Capo di gabinetto del Ministero della salute alla Conferenza Stato-regioni in cui si ribadiva che il servizio sanitario dia concreta attuazione a quanto statuito dalla Corte costituzionale. La nota continua affermando la necessità che le strutture regionali si adoperino affinché ai soggetti che versano in situazioni caratterizzate da patologie irreversibili e sofferenze intollerabili sia data la possibilità di accedere, nel pieno rispetto di quanto sancito dalla Corte costituzionale, a procedure di suici-

dio medicalmente assistito. Il Governo aveva dato 60 giorni di tempo alle regioni (scaduti il 10 gennaio 2022) affinché queste individuassero uno o più comitati etici con figure adeguate ai quali le strutture sanitarie possono rivolgersi per i percorsi di suicidio medicalmente assistito.

L'allora Ministro della salute Roberto Speranza in data 20 giugno 2022 aveva altresì inviato una lettera a tutti i Presidenti di Regione in cui precisa che le strutture del servizio sanitario nazionale (SSN) sono chiamate a dare attuazione in tutti i suoi punti alla sentenza della Corte costituzionale". La lettera chiarisce che è da garantire che siano a carico del servizio sanitario nazionale (SSN) le spese mediche necessarie per consentire al termine della procedura di verifica affidata alle strutture del SSN, il ricorso al suicidio medicalmente assistito ai pazienti che ne facciano richiesta. Secondo il Ministro della Salute, dunque, è evidente che i costi del suicidio medicalmente assistito non possano ricadere sul paziente che seguendo l'iter indicato dalla Corte costituzionale, si sia rivolto al SSN. È noto che anche in assenza di una prestazione sanitaria inclusa nei livelli essenziali di assistenza (LEA), le regioni possono determinare l'inserimento nei LEA regionali della prestazione lecita. Attualmente, ad esempio, le prestazioni di indagine clinica diagnostica sull'embrione non sono incluse nei LEA del 2017 ma alcune regioni, anche a seguito di condanne da parte dei tribunali, rimborsano la prestazione diagnostica.

In virtù della piena competenza regionale a legiferare, resta conclusivamente da osservare che l'introduzione della presente disciplina serve a definire i tempi relativamente ad ogni fase, inclusa quella di competenza del comitato etico e le modalità inerenti la procedura indicata dalla Corte costituzionale e, dunque, ad eliminare eventuali residui di incertezza e problematicità rispetto all'erogazione di una prestazione sanitaria suddivisa in più fasi, dalla verifica delle condizioni alla verifica delle modalità di autosomministrazione del farmaco che possa garantire una morte rapida, indolore e dignitosa così oggi prevista dal nostro ordinamento giuridico (ordinanza del Tribunale di Ancona e ordinanza del Tribunale di Fermo). E su questo vale chiarire la considerazione che in fondo lo scopo della legge è assicurare alle persone in condizioni corrispondenti al giudicato costituzionale, a seguito del parere dei comitati etici sulle condizioni e modalità, ad avere piena assistenza e presa in carico del Servizio sanitario regionale (SSR) nella procedura anche di auto somministrazione del farmaco così come già indicato dal Ministro della salute Speranza, nelle more dell'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza - decreto del Presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) - in un quadro di assistenza nelle scelte sul fine vita come già è avvenuto con la legge n. 219 del 2017, entrata in vigore il 31 gennaio 2018, che rivitalizza anche la legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore), sui trattamenti palliativi, con prestazioni inserite nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. A detta norma la Consulta ancora, con la sentenza n. 242/2019, evidenzia che in caso di rifiuto delle cure e percorso con sedazione palliativa profonda continua e nel rispetto del quadro normativo assistenziale e del giudicato costituzionale, non deve esserci discriminazione nell'accesso alle prestazioni tra persone malate nell'esercizio della piena autodeterminazione nelle scelte di fine vita.

La presente proposta legge si compone di sette articoli.

L'articolo 1 (Finalità) individua l'obiettivo fondamentale della legge, che è quello di garantire alle persone malate che intendano accedere al suicidio assistito la necessaria assistenza sanitaria, nel rispetto dei principi stabiliti dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019, garantendo che il diritto all'erogazione del trattamento sia individuale e inviolabile e che non possa essere limitato, assoggettato a condizioni o altre forme di controllo ulteriori e diverse da quelle previste dalla proposta di legge

L'articolo 2 (Requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito) individua i requisiti di accesso alla pratica del suicidio assistito conformemente a quanto stabilito dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 242 del 2019.

L'articolo 3 (Istituzione della Commissione medica multidisciplinare permanente) prevede l'istituzione di una Commissione medica multidisciplinare presso le aziende sanitarie regionali deputata a

effettuare le verifiche mediche relative alla sussistenza delle condizioni di accesso e alle migliori modalità di esecuzione del suicidio assistito indicate dalla Corte costituzionale. L'articolo chiarisce altresì che la partecipazione alla Commissione medica multidisciplinare non comporta la corresponsione di compensi, gettoni di presenza o altre indennità comunque denominate. Le strutture sanitarie devono inoltre garantire il supporto, l'assistenza e i mezzi necessari al completamento della procedura.

L'articolo 4 (Verifica dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito) disciplina la procedura e i tempi previsti complessivamente in venti giorni decorrenti dalla presentazione della domanda da parte della persona interessata, che le strutture del servizio sanitario regionale, tra cui i comitati etici territorialmente competenti, devono rispettare nelle procedure connesse all'erogazione dei trattamenti di suicidio assistito, ribadendo sempre il principio della cedevolezza invertita. La procedura è avviata su richiesta del paziente e può essere da quest'ultimo sospesa, posticipata e interrotta in ogni momento.

L'articolo 5 (Gratuità delle prestazioni) in linea con le indicazioni ministeriali sopra ricordate, prevede la gratuità delle prestazioni sanitarie connesse ai suicidi medicalmente assistiti.

L'articolo 6 (Norma finanziaria) infine, dà conto della non necessità di una speciale copertura per la legge proposta giacché essa riguarda prestazioni sanitarie che la Regione è già tenuta a garantire e per i costi delle quali si deve quindi provvedere secondo le ordinarie modalità di finanziamento dei servizi.

L'articolo 7 è l'entrata in vigore.

RELAZIONE DELLA SESTA COMMISSIONE PERMANENTE SALUTE, POLITICHE SOCIALI, PERSONALE DELLE ASL, IGIENE VETERINARIA, ATTIVITÀ SPORTIVE, ALIMENTAZIONE, EMIGRAZIONE E IMMIGRAZIONE

composta dai Consiglieri

FUNDONI, Presidente - ARONI, Vice presidente - SERRA, Segretario - MELONI Corrado, Segretario - AGUS - CANU - COZZOLINO - FRAU - LOI - PERU - PILURZU - PIRAS - TICCA

Relazione di maggioranza

On. FUNDONI Carla

Pervenuta il 4 agosto 2025

La Sesta Commissione nella seduta del 10 luglio 2025 ha approvato a maggioranza, il presente provvedimento recante "Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019".

La proposta, pervenuta il 15 novembre 2024, è stata assegnata per competenza alla Sesta Commissione in data 21 novembre 2024.

Il provvedimento ha lo scopo di garantire la necessaria assistenza sanitaria alle persone che intendono accedere al suicidio medicalmente assistito, conformemente a quanto disposto dalla Corte costituzionale a partire dalla sentenza n. 242 del 2019.

La legge agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale, previa valutazione di una commissione multidisciplinare e del parere del comitato etico territorialmente competente.

Nell'ambito della competenza delle regioni, dunque, questa proposta di legge mira a definire i ruoli, i tempi e le procedure delineate dalla Corte costituzionale attraverso una sentenza immediatamente esecutiva, ferma restando l'esigenza di una legge nazionale che abbatta le discriminazioni tra malati oggi in atto.

In relazione alle competenze regionali in materia, occorre richiamare innanzitutto la Costituzione che, nel titolo V della parte seconda, reca distinte disposizioni concernenti la sanità pubblica: l'articolo 117, comma 2, lettera m), riserva allo Stato la competenza legislativa in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; l'articolo 117, comma 3, invece, attribuisce alla competenza concorrente la materia tutela della salute e ricerca scientifica. Se è di competenza statale la determinazione delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali e, dunque, l'individuazione dei diritti come quello ad accedere alla verifica delle condizioni per il suicidio medicalmente assistito sancito dalla Corte costituzionale a livello nazionale, le regioni hanno competenza concorrente a tutelare la salute dei cittadini e, pertanto, sulla base dei livelli minimi individuati a livello nazionale, possono intervenire, anche in una logica di cedevolezza invertita, a disciplinare procedure e tempi di applicazione dei diritti già individuati.

Proprio i tempi e le procedure rappresentano elementi fondanti affinché il diritto sancito a livello nazionale sia efficacemente fruibile, accedendo, tale diritto, a condizioni di malattia, sofferenza ed estrema urgenza.

La stessa Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea riconosce, all'articolo 41, il diritto di ogni persona a che le questioni che la riguardano siano trattate entro un termine ragionevole dalle istituzioni.

L'esame della proposta di legge è iniziato il 15 maggio 2025 e nell'occasione la Commissione ha sentito l'illustrazione del testo da parte del primo firmatario. L'istruttoria è proseguita con un articolato ciclo di audizioni che ha coinvolto diverse categorie di portatori di interesse ed esperti del settore. Segnatamente sono stati auditi i rappresentanti dell'Associazione Luca Coscioni, degli Ordini dei Medici, degli Infermieri e degli Psicologi, della Società italiana psichiatria, della Società italiana neurologia, dell'Associazione ProVita e Famiglia, il Coordinatore del Tavolo tecnico delle cure palliative e autorevoli esperti di bioetica.

Tutti gli intervenuti hanno fornito contributi e spunti importanti di riflessione, alcuni dei quali sono stati presi in considerazione dalla Commissione per l'elaborazione di un testo alternativo, approvato nella seduta del 18 giugno 2025. Nella medesima seduta la Commissione ha svolto la discussione generale e ha fissato il termine per la presentazione degli emendamenti che sono stati esaminati e votati nella successiva seduta del 19 giugno, allorché la Commissione ha concluso l'esame degli articoli, approvando ulteriori emendamenti, e ha sospeso la votazione finale per richiedere alla Giunta regionale sul testo emendato la relazione tecnica ai sensi dell'articolo 33, comma 3 bis, della legge regionale n. 11 del 2006.

Nella seduta dell'8 luglio la Commissione, preso atto della relazione tecnica trasmessa dalla Giunta regionale, ha conseguentemente modificato la norma finanziaria e, di seguito, ha trasmesso la proposta di legge alla Commissione Bilancio per il parere di competenza; la Terza Commissione il 9 luglio ha espresso parere favorevole sulla proposta di legge, formulando alcune osservazioni. Infine, nella seduta del 10 luglio, la Commissione, preso atto del parere formulato dalla Terza Commissione, ha nuovamente modificato la norma finanziaria e ha licenziato il provvedimento a maggioranza. Nell'entrare nella più specifica illustrazione del testo approvato, si evidenzia che lo stesso consta di nove articoli:

- l'articolo 1, che individua le finalità perseguite dalla proposta di legge, che è quello di garantire alle persone malate che intendano accedere al suicidio assistito la necessaria assistenza sanitaria, nel rispetto dei principi stabiliti dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019, garantendo che il diritto all'erogazione del trattamento sia individuale e che non possa essere limitato, assoggettato a condizioni o altre forme di controllo ulteriori e diverse da quelle previste dalla proposta di legge;

- l'articolo 2, che individua i requisiti necessari per l'accesso ai trattamenti volti al suicidio medicalmente assistito conformemente quanto stabilito dalla Corte costituzionale con la sentenza del 242 del 2019;

- l'articolo 3, che istituisce la Commissione multidisciplinare permanente, quale organo competente, insieme al comitato etico, alla verifica della sussistenza dei requisiti di accesso ai trattamenti da parte dei soggetti interessati, nonché alla definizione delle modalità che garantiscano ai richiedenti il fine vita;

- l'articolo 4, che disciplina il procedimento di verifica dei requisiti di accesso ai trattamenti relativi al suicidio medicalmente assistito da parte della Commissione multidisciplinare permanente e del comitato etico: disciplina la procedura e i tempi previsti complessivamente in trenta giorni decorrenti dalla presentazione della domanda da parte della persona interessata, che le strutture del servizio sanitario regionale, tra cui i comitati etici territorialmente competenti, devono rispettare nelle procedure connesse all'erogazione dei trattamenti. La procedura è avviata su richiesta del paziente e può essere da quest'ultimo sospesa, posticipata e interrotta in ogni momento;

- l'articolo 4 bis, che disciplina le modalità di attuazione dei suddetti trattamenti;

- l'articolo 5, che garantisce la gratuità delle prestazioni e dei trattamenti oggetto della proposta di legge;

- l'articolo 6, che contiene la norma finanziaria;

- l'articolo 6 bis, che prevede la cedevolezza delle disposizioni regionali incompatibili con la disciplina statale in materia a decorrere dall'entrata in vigore della stessa;

- l'articolo 7 sull'entrata in vigore.

La Commissione, nell'emendare il testo del proponente, ha tenuto conto delle osservazioni e delle proposte fatte dai soggetti auditi, nonché dei rilievi mossi dal Governo alla legge regionale 14 marzo 2025, n. 16 della Regione Toscana in materia di suicidio medicalmente assistito; sono state, inoltre, introdotte delle modifiche volte ad assicurare una maggiore chiarezza sul piano tecnico-normativo.

La Sesta Commissione auspica una immediata presa in esame ed approvazione della proposta da parte dell'Assemblea consiliare.

Relazione di minoranza

On. MELONI Corrado

Pervenuta il 21 luglio 2025

Il testo definitivo della proposta di legge n. 59, recante disposizioni in materia di procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019, è stato licenziato dalla VI Commissione permanente consiliare nella seduta del 10 luglio 2025 con il voto non unanime dei consiglieri della maggioranza e il voto contrario dei componenti della minoranza.

Questa proposta di legge, elaborata dall'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica ed emendata in sede di istruttoria presso la VI Commissione permanente del Consiglio regionale, mira a disciplinare, a livello regionale, le procedure e i tempi per l'assistenza sanitaria al suicidio medicalmente assistito, facendo esplicito riferimento alla sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019.

Con tale sentenza, che ha sancito "l'illegittimità costituzionale dell'articolo 580 del Codice penale, nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli articoli 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) - ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi di cui in motivazione -, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente", il giudice delle leggi, lungi dallo statuire un diritto soggettivo "al morire", ha inteso perimetrare uno spazio di non punibilità - ricorrendo tassativamente le condizioni di cui al dispositivo della sentenza - per chi presti aiuti al suicidio.

Pertanto, la Corte costituzionale ha ritenuto di dover bilanciare la tutela del fondamentale diritto alla vita con la difesa dell'altrettanto essenziale diritto di autodeterminazione della persona, entrambi costituzionalmente protetti.

Infatti, nella sentenza n. 242 del 2019, al punto 2.2. del Considerato in diritto afferma: "Nel merito, questa Corte ha escluso che - contrariamente a quanto sostenuto in via principale dal giudice a quo - l'incriminazione dell'aiuto al suicidio, ancorché non rafforzativo del proposito della vittima, possa ritenersi di per sé in contrasto con la Costituzione.

Per sostenere il contrasto, non è pertinente, infatti, il riferimento del rimettente al diritto alla vita, riconosciuto implicitamente - come «primo dei diritti inviolabili dell'uomo» (sentenza n. 223 del 1996), in quanto presupposto per l'esercizio di tutti gli altri - dall'articolo 2 Cost. (sentenza n. 35 del 1997), nonché, in modo esplicito, dall'articolo 2 CEDU.

«Dall'articolo 2 Cost. - non diversamente che dall'articolo 2 CEDU - discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello - diametralmente opposto - di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire. Che dal diritto alla vita, garantito dall'articolo 2 CEDU, non possa derivare il diritto di rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire, è stato, del resto, da tempo affermato dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, proprio in relazione alla tematica dell'aiuto al suicidio (sentenza 29 aprile 2002, Pretty contro Regno Unito)» (ordinanza n. 207 del 2018). Neppure, poi, è possibile desumere la generale inoffensività dell'aiuto al

suicidio da un generico diritto all'autodeterminazione individuale, riferibile anche al bene della vita: diritto che il rimettente ricava dagli articoli. 2 e 13, primo comma, Cost. A prescindere dalle concezioni di cui era portatore il legislatore del 1930, la ratio dell'articolo 580 Codice penale. può essere agevolmente scorta, alla luce del vigente quadro costituzionale, nella «tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio. Essa assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere» (ordinanza n. 207 del 2018).

Le medesime considerazioni valgono, altresì, ad escludere che la norma censurata si ponga, sempre e comunque sia, in contrasto con l'articolo 8 CEDU, il quale sancisce il diritto di ciascun individuo al rispetto della propria vita privata: conclusione, questa, confermata dalla pertinente giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo".

Che la materia del "suicidio medicalmente assistito" sia particolarmente sensibile e delicata, lo si evince soprattutto in considerazione del fatto che concerne azioni dalle quali, evidentemente, non si possa tornare indietro.

È opportuno richiamare, invero, la recente sentenza n. 66 del 2025 della Corte costituzionale che ha messo in evidenza come l'ampliamento degli spazi di autonomia della persona nel decidere liberamente del proprio destino, crei contestualmente dei rischi in adempimento del dovere di tutela della vita umana che l'ordinamento ha il dovere di evitare. In particolare, la Corte afferma, in primo luogo: "[...] la necessità di prevenire il pericolo di abusi a danno delle persone deboli e vulnerabili, perché in situazioni di fragilità e sofferenza la scelta di porre fine alla propria vita potrebbe essere indotta o sollecitata da terze persone, per le ragioni più diverse. Bisogna considerare, infatti, la situazione delle persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare, magari per ragioni di personale tornaconto, all'esecuzione di una loro scelta suicidaria (ordinanza n. 207 del 2018, punto 6 del Considerato in diritto).

Non marginale è poi il rischio che la richiesta di accesso al suicidio assistito costituisca una scelta non sufficientemente meditata, come ha recentemente rilevato la Corte EDU (sentenza Karsai, paragrafo 151), sottolineando altresì come l'accertamento della genuinità della richiesta del paziente divenga particolarmente difficoltoso in determinate situazioni cliniche, come nelle patologie neurodegenerative.

Sono quindi le esigenze di tutela delle persone deboli e vulnerabili che danno rilievo alle precise condizioni procedurali costantemente ribadite da questa Corte (sentenze n. 135 del 2024 e n. 242 del 2019, ordinanza n. 207 del 2018).

La «procedura medicalizzata», di cui all'articolo 1 della legge n. 219 del 2017, è infatti funzionale a garantire che l'accesso al suicidio assistito avvenga nell'ambito di una seria assistenza medica; in sua assenza la patologia non può essere inquadrata in modo adeguato e la prospettiva della morte come unica via di uscita potrebbe essere frutto di un irrimediabile abbaglio. [...]» (Considerato in diritto punto 7.1).

In secondo luogo, la Corte rimarca la necessità di: "[...] contrastare derive sociali o culturali che inducano le persone malate a scelte suicide, quando invece ben potrebbero trovare ragioni per continuare a vivere, ove fossero adeguatamente sostenute dalle rispettive reti familiari e sociali, oltre che dalle istituzioni pubbliche nel loro complesso.

I rischi in questione, infatti, «non riguardano solo la possibilità che vengano compiute condotte apertamente abusive da parte di terzi a danno della singola persona che compia la scelta di porre termine alla propria esistenza, ma riguardano anche - come si è osservato (Corte suprema del Regno Unito, Nicklinson e altri, paragrafo 228) - la possibilità che, in presenza di una legislazione permissiva

non accompagnata dalle necessarie garanzie sostanziali e procedimentali, si crei una "pressione sociale indiretta" su altre persone malate o semplicemente anziane e sole, le quali potrebbero convincersi di essere divenute ormai un peso per i propri familiari e per l'intera società, e di decidere così di farsi anzitempo da parte" (sentenza n. 135 del 2024, punto 7.2. del Considerato in diritto).

In un contesto storico caratterizzato da tensioni sull'allocazione delle risorse pubbliche, il cosiddetto "diritto di morire" rivendicato in alcune circostanze potrebbe essere paradossalmente percepito dal malato come un "dovere di morire" per non "essere di peso", con un grave abbassamento della sensibilità morale collettiva che tutela le persone più fragili, spesso, peraltro, "invisibili".

Tale scivolamento colliderebbe frontalmente con il principio personalista che anima la Costituzione italiana.

Da questo principio deriva, invece, il dovere della Repubblica di rispondere all'appello che sgorga dalla fragilità, in modo che una persona malata possa avvertire la solidarietà attorno a sé non a tratti, non a prolungate intermissioni, ma in via continuativa, attraverso un percorso di effettiva presa in carico da parte del sistema sanitario e sociale. [...] (Considerato in diritto punto 7.2).

D'altro canto, nella medesima sentenza n. 66 del 2025, la Corte costituzionale ha richiamato l'ordinanza n. 207 del 2018 nella quale aveva stigmatizzato il rischio di una prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire al paziente concrete possibilità di accedere alle cure palliative, inserite nell'abito dei livelli essenziali di assistenza, evidenziando come:

- in Italia non sia assicurato un accesso universale ed equo alle cure palliative, nei contesti sanitari;
- vi sono sovente lunghe liste d'attesa che risultano intollerabili a chi versa in situazioni di grave sofferenza;
- si sconta una mancanza di personale adeguatamente formato e una distribuzione territoriale dell'offerta troppo divaricata (in tal senso Comitato nazionale per la bioetica, parere "Cure Palliative", approvato il 14 dicembre 2023);
- la stessa effettiva presa in carico da parte del servizio sociosanitario, per queste persone, è a volte insufficiente.

Da qui, la reiterazione dello «stringente appello» al legislatore (sentenza n. 135 del 2024, punto 10 del Considerato in diritto) affinché dia corso a un adeguato sviluppo delle reti di cure palliative e di una effettiva presa in carico da parte del sistema sanitario e sociosanitario, al fine di evitare un ricorso improprio al suicidio assistito.

Appaiono, dunque, chiari e pacifici la competenza e il ruolo della Regione nel garantire al massimo livello possibile l'accesso alle cure palliative ai pazienti che ne abbiano diritto, in guisa tale che si dia davvero loro dignità e un'autentica libertà di scelta accompagnandoli nella fase finale della loro esistenza.

Appaiono, dunque, chiari e pacifici la competenza e il ruolo della Regione nel garantire al massimo livello possibile l'accesso alle cure palliative ai pazienti che ne abbiano diritto, in guisa tale che si dia davvero loro dignità e un'autentica libertà di scelta accompagnandoli nella fase finale della loro esistenza.

Per converso, la pretesa di tale proposta di legge di dare esecutività alla sentenza n. 242 del 2019 definendo ruoli, tempi e procedure in tema di suicidio assistito appare confliggere manifestamente con le competenze regionali in materia.

Difatti, la disciplina del fine vita, incidendo su aspetti fondamentali dell'identità e dell'integrità della persona, concerne l'ordinamento civile, materia di esclusiva competenza dello Stato, ex articolo 117, comma 2, lettera l), della Costituzione. Il suicidio assistito, come atto di disposizione del proprio corpo, necessita pertanto di una normativa uniforme su tutto il territorio nazionale, che solo lo Stato può assicurare.

Inoltre, l'introduzione del suicidio assistito come prestazione sanitaria richiederebbe l'intervento del legislatore nazionale, ossia il Parlamento, dato che i livelli essenziali delle prestazioni in materia di diritti civili e sociali - quindi, anche delle prestazioni sanitarie - non possono essere modificati dalle Regioni.

Giova richiamare, in proposito, quanto sancito dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 262 del 2016, con cui è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale di una legge della Regione Friuli-Venezia Giulia che, nel tentativo di supplire a un'asserita inerzia del legislatore statale, aveva introdotto una disciplina regionale in materia di disposizioni anticipate di trattamento sanitario. È significativo osservare che, in quel caso, l'intervento del legislatore regionale era di portata ben più limitata rispetto a quella oggi proposta in relazione al "fine vita", essendo volto unicamente all'istituzione di un registro regionale per la raccolta delle dichiarazioni anticipate di trattamento.

Non a caso, la Consulta ha accolto la questione di legittimità costituzionale sollevata nei confronti di tale legge, rilevando il contrasto con l'articolo 117, secondo comma, lettera I), della Costituzione, che riserva allo Stato la competenza esclusiva in materia di ordinamento civile. La Corte ha sottolineato, in particolare, che «data la sua incidenza su aspetti essenziali della identità e della integrità della persona, una normativa in tema di disposizioni di volontà relative ai trattamenti sanitari nella fase terminale della vita - al pari di quella che regola la donazione di organi e tessuti - necessita di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di eguaglianza». Nella medesima pronuncia, la Corte ha ribadito altresì che l'eventuale assenza di una disciplina statale non può in alcun modo giustificare l'intervento del legislatore regionale in una materia riservata alla competenza esclusiva dello Stato.

Le considerazioni della Corte costituzionale assumono valore ancor più stringente con riferimento al suicidio medicalmente assistito, laddove il riconoscimento della rilevanza pubblica della volontà di porre fine alla propria esistenza implica inevitabilmente la necessità di una disciplina organica e sistematica, adottata a livello nazionale.

L'inosservanza di tale vincolo di competenza non solo si traduce in un vizio costituzionale, ma comporta anche un rischio grave e concreto: quello di una frammentazione normativa che, come già si sta verificando, porta ogni Regione a interpretare autonomamente la giurisprudenza costituzionale in materia di "fine vita", minando così i principi di uguaglianza e di pari dignità sociale sanciti dalla Costituzione.

Sempre sulla scorta dell'articolo 117, secondo comma, lettera I), della Costituzione, la proposta di legge appare in evidente contrasto con le competenze che la Carta assegna alle Regioni in quanto finisce per incidere sul disvalore giuridico delle condotte di aiuto al suicidio, interferendo con l'applicazione dell'articolo 580 del Codice penale. La definizione di ruoli, procedure e tempistiche in tale ambito investe direttamente il funzionamento e l'applicazione di una norma che appartiene alla sfera dell'ordinamento penale, riservata alla legislazione esclusiva dello Stato.

Qualora ogni Regione fosse libera di determinare autonomamente i presupposti e i limiti per l'applicazione di cause di esclusione della punibilità in tema di aiuto al suicidio, si verificherebbe un'inevitabile frammentazione normativa, con venti discipline regionali difformi che influenzerebbero in maniera diversa l'applicazione di una stessa norma penale, la cui interpretazione e attuazione deve invece rimanere uniforme sull'intero territorio nazionale.

In altri termini, la disciplina riguardante l'attribuzione e l'esercizio dei diritti fondamentali spetta alla competenza esclusiva dello Stato, così come ogni scelta normativa attinente alla previsione, creazione o estensione della punibilità penale. Una disciplina sul "fine vita" non può prescindere, pertanto, da un coerente coordinamento con le disposizioni del Codice penale che regolano fattispecie come l'omicidio, l'omicidio del consenziente, nonché l'istigazione e l'aiuto al suicidio.

Per le ragioni sopraesposte, il richiamo da parte dei proponenti questa proposta di legge alla "logica della cedevolezza invertita", con un riferimento alla tutela della salute quale materia in cui esiste competenza concorrente, appare del tutto destituito di fondamento in tema di suicidio assistito.

Peraltro, oltre che per i profili di incostituzionalità ravvisati in questa proposta di legge, il rigetto del testo sul suicidio medicalmente assistito è motivato anche da ragioni di opportunità, dal momento che è attualmente in corso l'iter di discussione del disegno di legge sul fine vita, sul cui testo stanno lavorando le Commissioni riunite Giustizia e Affari sociali del Senato. Infatti, il 17 luglio scorso è scaduto il termine per la presentazione degli emendamenti e la discussione è entrata nel merito della proposta.

Alla luce di quanto precede, i gruppi di minoranza esprimono la propria contrarietà alla proposta di legge n. 59.

Parere della Terza Commissione

La proposta di legge in esame, trasmessa in data odierna alla Terza Commissione per l'espressione del parere finanziario ai sensi dell'articolo 45, comma 1, del Regolamento interno, disciplina le procedure e i tempi per l'assistenza sanitaria al suicidio medicale assistito.

Il provvedimento è corredato da una relazione illustrativa e da una relazione tecnica sulla quantificazione degli oneri e sulle relative coperture, ai sensi dell'articolo 33, comma 3, della legge regionale n. 11 del 2006, la quale offre il necessario corredo informativo.

Limitatamente ai profili finanziari, la Terza Commissione osserva quanto segue.

Con riferimento alla natura giuridica degli oneri, la proposta quantifica la spesa esclusivamente per il triennio 2025-2027, pur trattandosi di oneri continuativi e ricorrenti, con effetti che si intendono oltre tale periodo. Si segnala, pertanto, l'opportunità di una previsione finanziaria che tenga conto della natura permanente della spesa al fine di assicurare la sostenibilità finanziaria nel lungo periodo.

Relativamente alla copertura finanziaria, invece, si esprimono riserve in merito all'utilizzo di risorse attualmente allocate nella missione 13 - programma 01 - titolo 1, in quanto vincolate all'erogazione di prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Alla luce di quanto sopra, la Terza Commissione esprime parere favorevole, raccomandando tuttavia alla Commissione di merito una riformulazione dell'articolo 6 (Norma finanziaria) nei seguenti termini:

"1. Gli oneri derivanti dall'attuazione dell'articolo 4 bis della presente legge sono pari ad euro 6000 annui a decorrere dall'anno 2025 (missione 13 - programma 02 - titolo 1).

2. Alla copertura degli oneri di cui al comma 1 si prevede:

- a) per gli anni 2025-2027, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 8, comma 42, della legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48 (legge di stabilità 2019) e successive modificazioni e integrazioni, che presenta le necessarie disponibilità (missione 13 - programma 01 - titolo 1);
- b) a decorrere dall'anno 2028, mediante utilizzo di quota parte disponibile delle entrate spettanti alla Regione ai sensi dell'articolo 8 della legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 3 (Statuto speciale per la Sardegna) e delle relative norme di attuazione.

3. Nel bilancio di previsione della Regione per gli anni 2025-2027 sono apportate le seguenti variazioni:

in aumento

missione 13 - programma 02 - titolo 1

2025 euro 6000

2026 euro 6000

2027 euro 6000

in diminuzione

missione 13 - programma 01 - titolo1

2025 euro 6000

2026 euro 6000

2027 euro 6000

4. All'attuazione delle altre disposizioni si fa fronte utilizzando le risorse umane, strumentali e finanziarie già disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale".

TESTO DEL PROPONENTE**Art. 1****Finalità**

1. La Regione, nel rispetto delle proprie competenze e dei principi stabiliti dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019, al fine di garantire la necessaria assistenza sanitaria alle persone che intendono accedere al suicidio medicalmente assistito, conformemente a quanto disposto dall'articolo 2, definisce tempi e modalità per l'erogazione dei relativi trattamenti.

2. Il diritto all'erogazione dei trattamenti disciplinati dalla presente legge è individuale e inviolabile e non può essere limitato, condizionato o assoggettato ad altre forme di controllo al di fuori di quanto ivi previsto.

Art. 2**Requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito**

1. Fino all'entrata in vigore della disciplina statale, possono accedere alle prestazioni e ai trattamenti relativi al suicidio medicalmente assistito di cui alla presente legge le persone:

- a) affette da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che le stesse reputano intollerabili;
- b) tenute in vita da trattamenti di sostegno vitale;
- c) pienamente capaci di prendere decisioni libere e consapevoli;
- d) che esprimono un proposito di suicidio formatosi in modo libero e autonomo, chiaro e univoco.

2. I requisiti di cui al comma 1 sono cumulativi e soggetti a verifica svolta ai sensi degli articoli 3 e 4.

Art. 3**Istituzione della Commissione medica multidisciplinare permanente**

1. Entro quindici giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le aziende sanitarie

TESTO DELLA COMMISSIONE**Art. 1****Finalità**

1. La Regione, nel rispetto delle proprie competenze e dei principi stabiliti dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019, al fine di garantire la necessaria assistenza sanitaria alle persone che intendono accedere al suicidio medicalmente assistito, conformemente a quanto disposto dall'articolo 2, definisce tempi e modalità organizzative per l'erogazione dei relativi trattamenti.

Art. 2**Requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito**

1. Possono accedere alle prestazioni e ai trattamenti relativi al suicidio medicalmente assistito di cui alla presente legge le persone in possesso dei requisiti indicati dalla giurisprudenza della Corte costituzionale, nel rispetto di quanto previsto dagli articoli 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento).

2. I requisiti di cui al comma 1 sono soggetti a verifica svolta ai sensi degli articoli 3 e 4.

Art. 3**Istituzione della Commissione multidisciplinare permanente**

1. Entro quindici giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le aziende sanitarie

regionali istituiscono una commissione medica multidisciplinare permanente per la verifica della sussistenza dei requisiti di cui all'articolo 2, comma 1.

2. La commissione prevista al comma 1 è composta da:

- a) un medico palliativista;
- b) un medico neurologo;
- c) un medico psichiatra;
- d) un medico anestesista;
- e) un infermiere;
- f) uno psicologo.

3. La commissione può valutare di integrare la propria composizione in considerazione delle particolari condizioni della persona interessata ad accedere al suicidio medicalmente assistito.

4. In caso di rifiuto delle cure con sedazione profonda continuativa e di ogni altra soluzione praticabile secondo quanto previsto dalla legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento), la commissione definisce inoltre, previo parere del comitato etico territorialmente competente, le modalità per garantire alle persone in possesso dei requisiti di cui all'articolo 2, comma 1, interessate ad accedere al suicidio medicalmente assistito, la morte più rapida, indolore e dignitosa possibile.

5. Le aziende sanitarie regionali forniscono il supporto tecnico e farmacologico e l'assistenza medica per la preparazione all'auto-somministrazione del farmaco autorizzato presso una struttura ospedaliera, l'hospice o, se richiesto, il proprio domicilio.

6. La partecipazione alla commissione non comporta la corresponsione di compensi, gettoni di presenza o altre indennità comunque denominate.

Art. 4

Verifica dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito

1. Il procedimento di verifica del possesso dei requisiti di cui all'articolo 2, comma 1, si conclude entro il termine complessivo di venti giorni dalla presentazione dell'istanza della persona interessata all'azienda sanitaria competente per territorio.

regionali istituiscono una Commissione multidisciplinare permanente per la verifica della sussistenza dei requisiti di cui all'articolo 2, comma 1.

2. La Commissione prevista al comma 1 è composta da:

- a) un medico palliativista;
- b) un medico neurologo;
- c) un medico psichiatra;
- d) un medico anestesista;
- e) un infermiere;
- f) uno psicologo.

2 bis. I componenti sono individuati, su base volontaria, nell'ambito del personale dipendente dell'azienda sanitaria regionale. In caso di indisponibilità di personale interno, i componenti possono essere individuati fra i dipendenti di altre aziende od enti del servizio sanitario regionale.

3. La Commissione può essere integrata di volta in volta da un medico specialista nella patologia da cui è affetta la persona interessata ad accedere al suicidio medicalmente assistito.

3 bis. Le aziende sanitarie regionali assicurano ai componenti un'adeguata formazione specifica in materia di cure palliative.

4. La partecipazione alla Commissione non comporta la corresponsione di compensi, gettoni di presenza o altre indennità comunque denominate, fatto salvo il rimborso delle spese sostenute, nei limiti previsti per il personale dipendente, che è posto a carico dell'azienda sanitaria regionale presso cui è istituita la Commissione.

Art. 4

Verifica dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito

1. Il procedimento di verifica del possesso dei requisiti di cui all'articolo 2, comma 1, si conclude entro il termine complessivo di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza della persona interessata all'azienda sanitaria competente per territorio. Il termine può essere sospeso

2. Entro quattro giorni dalla presentazione dell'istanza di cui al comma 1, l'azienda sanitaria competente per territorio convoca la commissione medica multidisciplinare permanente di cui all'articolo 3, comma 1, per l'espletamento della verifica del possesso dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito. Entro i successivi otto giorni, la Commissione trasmette la relazione medica relativa all'esito delle verifiche al comitato etico territorialmente competente, il quale dispone di cinque giorni per trasmettere all'azienda il proprio parere. Entro i successivi tre giorni, l'azienda comunica alla persona malata le risultanze del procedimento di verifica dei requisiti.

3. In caso di esito positivo del procedimento di verifica, l'accesso al percorso finalizzato all'autosomministrazione di cui all'articolo 3, comma 5, avviene nel termine di sette giorni dalla richiesta di erogazione del trattamento di suicidio medicalmente assistito.

4. La persona in possesso dei requisiti autorizzata ad accedere al suicidio medicalmente assistito può decidere in ogni momento di sospendere, posticipare o annullare l'erogazione del trattamento.

5. In ogni caso, le strutture sanitarie pubbliche della Regione conformano i procedimenti disciplinati dalla presente legge alla disciplina statale.

una sola volta, per un periodo non superiore a cinque giorni, per eventuali ulteriori accertamenti.

1 bis. L'istanza di cui al comma 1 è corredata dalla documentazione sanitaria necessaria alla verifica dei requisiti di cui all'articolo 2, comma 1, da parte della Commissione.

2. Entro cinque giorni dalla presentazione dell'istanza di cui al comma 1, l'azienda sanitaria competente per territorio convoca la Commissione multidisciplinare permanente di cui all'articolo 3, comma 1, per l'espletamento della verifica del possesso dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito.

2 bis. La Commissione assicura l'interlocuzione personale e diretta con il richiedente. La Commissione verifica in via preliminare che il richiedente abbia ricevuto una informazione chiara e adeguata sulla possibilità di accedere ad un percorso di cure palliative, inclusa la sedazione palliativa profonda continua, nonché sul suo diritto di rifiutare o revocare il consenso a qualsiasi trattamento sanitario, anche di sostegno vitale, ai sensi della legge n. 219 del 2017.

2 ter. In caso di rifiuto delle cure palliative e di ogni altra soluzione praticabile secondo quanto previsto dalla legge n. 219 del 2017, se il richiedente conferma la volontà di accedere al suicidio medicalmente assistito, la Commissione procede alla verifica dei requisiti. A tal fine la Commissione esamina la documentazione prodotta ed effettua gli accertamenti che si rendano necessari, anche col supporto delle strutture del servizio sanitario regionale, sentito il medico di fiducia eventualmente indicato dalla persona stessa. La manifestazione di volontà relativa all'accesso al suicidio medicalmente assistito deve essere espressa in modo libero e consapevole ed è acquisita e documentata secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 4, della legge n. 219 del 2017.

2 quater. La Commissione definisce inoltre le modalità per garantire alle persone in possesso dei requisiti di cui all'articolo 2, comma 1, interessate ad accedere al suicidio medicalmente assistito, un fine vita più indolore e dignitoso possibile.

2 quinquies. La Commissione effettua gli adempimenti di cui ai commi 2 bis, 2 ter e 2 quater nel termine di dieci giorni dalla convocazione

da parte dell'azienda sanitaria. Entro il medesimo termine, la Commissione trasmette l'esito degli accertamenti effettuati e le determinazioni assunte in ordine alle modalità di attuazione del suicidio medicalmente assistito al comitato etico territorialmente competente, il quale dispone di dieci giorni per trasmettere alla commissione il proprio parere.

2 sexies. Entro tre giorni dall'acquisizione del parere del comitato etico, la Commissione redige la relazione finale sugli esiti dell'accertamento della sussistenza dei requisiti per l'accesso al trattamento relativo al suicidio medicalmente assistito. Entro i successivi due giorni, l'azienda comunica alla persona interessata le risultanze del procedimento di verifica dei requisiti e, in caso di esito positivo della verifica, le modalità di erogazione del trattamento di suicidio medicalmente assistito.

3. L'interessato può procedere alla richiesta di erogazione del trattamento di suicidio medicalmente assistito entro sette giorni dalla comunicazione da parte dell'azienda sanitaria dell'esito positivo del procedimento di verifica. La richiesta è effettuata con le modalità e secondo le forme previste dall'articolo 1, comma 4, della legge n. 219 del 2017.

3 bis. La procedura di autosomministrazione di cui all'articolo 4 bis avviene nel termine di sette giorni dalla richiesta di erogazione del trattamento di suicidio medicalmente assistito.

3 ter. In caso di esito negativo del procedimento di verifica, è possibile presentare una nuova istanza di accesso al suicidio medicalmente assistito a seguito di un mutamento delle condizioni del soggetto interessato.

4. La persona in possesso dei requisiti autorizzata ad accedere al suicidio medicalmente assistito può decidere in ogni momento di sospendere o annullare l'erogazione del trattamento. In tali casi la relativa manifestazione di volontà è acquisita con le modalità e secondo le forme previste dall'articolo 1, comma 4, della legge n. 219 del 2017.

Art. 4 bis

Modalità di attuazione

1. Le aziende sanitarie regionali forniscono il supporto tecnico e farmacologico e l'as-

sistenza medica per la preparazione all'auto-somministrazione del farmaco autorizzato presso una struttura ospedaliera, l'hospice o, se richiesto, il proprio domicilio. L'assistenza è prestata dal personale sanitario su base volontaria ed è considerata come attività istituzionale da svolgersi in orario di lavoro.

Art. 5

Gratuità delle prestazioni

1. Le prestazioni e i trattamenti previsti dalla presente legge nell'ambito del percorso terapeutico-assistenziale del suicidio medicalmente assistito sono gratuiti.

Art. 6

Norma finanziaria

1. La presente legge non comporta nuovi o maggiori oneri per il bilancio regionale.

Art. 5

Gratuità delle prestazioni

(identico)

Art. 6

Norma finanziaria

1. Gli oneri derivanti dall'attuazione dell'articolo 4 bis della presente legge sono pari ad euro 6.000 annui a decorrere dall'anno 2025 (missione 13 - programma 02 - titolo 1).

2. Alla copertura degli oneri di cui al comma 1 si provvede:

- a) per gli anni 2025-2027, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 8, comma 42, della legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48 (Legge di stabilità 2019) e successive modificazioni ed integrazioni, che presenta le necessarie disponibilità (missione 13 - programma 01 - titolo 1);
- b) a decorrere dall'anno 2028, mediante utilizzo di quota parte disponibile delle entrate spettanti alla Regione ai sensi dell'articolo 8 dello Statuto speciale per la Sardegna e delle relative norme di attuazione.

3. Nel bilancio di previsione della Regione per gli anni 2025-2027 sono apportate le seguenti variazioni:

in aumento

missione 13 - programma 02 - titolo 1

2025	euro	6.000
2026	euro	6.000
2027	euro	6.000

in diminuzione

missione 13 - programma 01 - titolo 1

2025	euro	6.000
2026	euro	6.000
2027	euro	6.000

4. All'attuazione delle altre disposizioni si fa fronte utilizzando le risorse umane, strumentali e finanziarie già disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

Art. 6 bis

Clausola di cedevolezza

1. A decorrere dall'entrata in vigore della disciplina statale in materia, le disposizioni della presente legge si applicano solo in quanto compatibili.

Art. 7

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione autonoma della Sardegna (BURAS).

Art. 7

Entrata in vigore

(identico)