

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1659

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ZANELLA, BONELLI, BORRELLI, DORI, FRATOIANNI, GHIRRA, GRIMALDI, MARI, PICCOLOTTI, ZARATTI

Disciplina delle procedure e dei tempi per l'assistenza sanitaria al
suicidio medicalmente assistito

Presentata il 19 gennaio 2024

ONOREVOLI COLLEGHE E COLLEGHI! — La presente proposta di legge riprende i contenuti della proposta di legge di iniziativa popolare della regione Veneto n. 217 del 30 giugno 2023, elaborata e promossa dall'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica, con l'obiettivo di definire il rispetto e la diretta applicazione, relativamente ai ruoli, alle procedure e ai 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 Corte costituzionale nella sentenza n. 242 del 22 novembre 2019 (caso Cappato e Antoniani), 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 artt. 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 ex articolo 580 del codice penale non è

conforme alla Costituzione. Si tratta dei casi nei quali l'aiuto è fornito a una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, quali, ad esempio, l'idratazione e l'alimentazione artificiale, e sia affetta da una patologia irreversibile, fonte di intollerabili sofferenze fisiche o psicologiche, ma che resta pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli. In base alla citata 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 e il medico è tenuto a rispettare tale decisione. 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 carico 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 di cui agli articoli 1 e 2 della citata legge n. 219 del 2017 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. Le richiamate 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 n. 242 del 2019, dunque, indivi-

dua determinate condizioni di accesso alla morte medicalmente assistita nonché 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, la presente 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 il titolo V della parte seconda della Costituzione che reca distinte disposizioni concernenti la sanità pubblica: l'articolo 117, secondo comma, 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, terzo comma, invece, attribuisce alla competenza concorrente le materie « 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, come indicato dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 20 del 20 marzo 1978). Se dunque la determinazione delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, e quindi l'individuazione dei diritti come quello di accedere alla verifica delle condizioni per il suicidio assistito sancito dalla Corte costituzionale a livello nazionale, è di competenza statale, le regioni hanno la competenza concorrente a tutelare la salute dei cittadini e dunque, sulla base dei livelli minimi individuati sul piano nazionale, possono intervenire, anche in una logica di « cedevolezza invertita », a disciplinare le procedure e i 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 citata sentenza n. 242 del 2019, si sono rivolte all'Associazione Luca Coscioni per poter affermare la loro libertà di autodeterminazione nella scelta delle terapie, comprese 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 le procedure sulle quali una legge nazionale ha il dovere di intervenire, ma sono altrettanto fondamentali per definire i tempi e le procedure già individuate dalla richiamata sentenza della Corte costituzionale, che consentono di abbattere gli ostacoli procedurali e chiarire i ruoli per l'accesso al suicidio medicalmente assistito. Proprio al fine di arginare eventuali 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 sia per le strutture sanitarie che devono fornire risposte e assistenza. È utile 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, e dunque 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. 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, ossia di prestazioni soggette a un sistema di vigilanza fortemente regolamentato, ma che non costituiscono l'esercizio di poteri amministrativi in senso proprio. È dunque da escludere che le procedure qui delineate – che hanno l'obiettivo politico chiaro di evitare quanto accaduto in passato in altre regioni, ovvero rendere impraticabili le richieste di accesso alla verifica delle condizioni del malato, e di definire i ruoli e le responsabilità, nel rispetto dei tempi stretti delle persone malate e delle loro sofferenze – possano essere ricondotte a un procedimento amministrativo ai sensi della citata legge n. 241 del 1990. Allo stato attuale, pertanto, sussistono tutti i presupposti anche di natura organizzativa affinché, in attesa di una legge nazionale in tale materia, le aziende sanitarie locali della regione Veneto rispondano alle eventuali richieste di accesso al suicidio medicalmente assistito; sono delineate dalla Corte costituzionale, come sopra ricordato, le condizioni nelle quali deve versare il paziente, sussistono gli strumenti per la verifica delle stesse, ossia l'istituzione da parte delle aziende sanitarie locali di una commissione medica, sussistono, nell'ambito della rete dei Comitati etici riordinata con la deliberazione della giunta regionale n. 983 del 17 giugno 2014, i Comitati etici per la pratica clinica, i quali sono preposti, tra le varie funzioni, « all'analisi etica di casi clinici ». Ciò trova conferma nel fatto che la regione Veneto è stata la prima regione a dare spontanea attuazione alla più volte citata pronuncia della Corte costituzionale, posto che ad oggi si registra un caso in cui un'azienda sanitaria locale della regione, a fronte della richiesta di una persona affetta da una patologia irreversibile, ha completato la fase delle verifiche delle condizioni del richiedente stabilite dalla sentenza (accertamento da parte di una Commissione di specialisti esperti nominata dall'azienda sanitaria locale e parere del Comitato etico per la pratica clinica), accogliendo la richiesta di suicidio medicalmente assistito. La presente proposta di legge è redatta

altresì alla luce della comunicazione, inviata nel mese di dicembre 2021, dal Capo di Gabinetto del Ministero della salute alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, 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 suicidio medicalmente assistito». Il Governo aveva concesso un termine di sessanta giorni alle regioni, scaduto 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 (Comitati etici, peraltro, già istituiti nella regione Veneto). Il Ministro della salute il 20 giugno 2022 ha altresì inviato una lettera ai Presidenti delle regioni in cui precisa che «le strutture del 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 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 Ministero 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». Con informativa del 27 giugno 2022 (protocollo n. 287152) la Direzione programmazione sanitaria della regione Veneto inoltra la citata comunicazione del Ministro della salute a tutte le aziende sanitarie locali della regione Veneto e, ribadendo che «le strutture del Servizio sanitario nazionale sono chiamate a dare attuazione in tutti i suoi punti alla richiamata sentenza della Consulta», ha invitato «tutti i Direttori Generali a dare attuazione alla sen-

tenza n. 242 del 2019 e a diffondere il contenuto della stessa, con l'urgenza del caso, a tutte le strutture interessate». È noto, inoltre, che anche in assenza di una prestazione sanitaria compresa nei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, 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 comprese nei LEA ma alcune regioni, anche a seguito di pronunce di condanna da parte di 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 concernenti ogni fase, compresa quella di competenza del Comitato etico, e le modalità inerenti la procedura indicata dalla Corte costituzionale, consentendo, dunque, di eliminare eventuali residui di incertezza e problematicità rispetto all'erogazione di una prestazione sanitaria suddivisa in più fasi, dalla verifica delle condizioni del richiedente alla verifica delle modalità di autosomministrazione e del farmaco che possa garantire una morte rapida, indolore e dignitosa così oggi prevista dal nostro ordinamento giuridico (si vedano, al riguardo, le ordinanze del tribunale di Ancona del 2021 e del tribunale di Fermo del 2022). E a tale riguardo vale chiarire la considerazione che, in fondo, lo scopo della presente proposta di legge è quello di assicurare alle persone che si trovano in condizioni corrispondenti al giudicato costituzionale, a seguito del parere dei Comitati etici sulle condizioni di accesso e sulle modalità di esecuzione, la piena assistenza e presa in carico del servizio sanitario regionale nella procedura anche di autosomministrazione del farmaco, come di recente indicato dal Ministro della salute, nelle more dell'aggiornamento dei LEA, in un quadro di assistenza nelle scelte di fine vita, analogamente a quanto precedentemente avvenuto con la citata legge n. 219 del 2017, entrata

in vigore il 31 gennaio 2018, che « rivitalizza » anche la legge 15 marzo 2010, n. 38, in materia di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, con prestazioni inserite nell'ambito dei LEA. A detta normativa fa riferimento la Consulta nella sentenza n. 242 del 2019, evidenziando 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.

Ai fini sopra richiamati, la presente proposta di legge si compone di sette articoli.

L'articolo 1 reca l'oggetto e le finalità della legge che è volta a disciplinare la facoltà della persona affetta da una patologia irreversibile o con prognosi infausta di richiedere assistenza sanitaria, al fine di porre fine volontariamente e autonomamente alla propria vita, alle condizioni, nei limiti e con i presupposti previsti dalla legge e nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 3, 13 e 32 della Costituzione, dell'articolo 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo nonché degli articoli 1, 3, 4, 6 e 7 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

L'articolo 2 reca la definizione di suicidio medicalmente assistito, con cui si intende il decesso cagionato da un atto autonomo con il quale, in esito al percorso disciplinato dalle disposizioni della legge, si pone fine alla propria vita in modo volontario, dignitoso e consapevole, con il supporto e la supervisione del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 3 stabilisce le condizioni per l'accesso all'assistenza sanitaria, chiarendo che la regione garantisce la procedura di suicidio medicalmente assistito alle condizioni stabilite dalla rilevante normativa nazionale. Il comma 2, secondo il principio della cosiddetta « cedevolezza invertita », dispone che fino alla data di entrata in vigore di una disciplina nazionale in tale materia la regione è comunque tenuta a

garantire l'accesso ai trattamenti alle persone in possesso dei requisiti previsti dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019 sopra richiamata.

L'articolo 4 disciplina l'assistenza sanitaria in ogni fase del percorso di suicidio medicalmente assistito su richiesta della persona malata, prevedendo l'istituzione di una Commissione medica multidisciplinare permanente presso le aziende sanitarie locali con il compito di effettuare le verifiche mediche relative alla sussistenza delle condizioni di accesso e alle migliori modalità di esecuzione del suicidio medicalmente assistito indicate nella citata sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019. Le strutture sanitarie devono inoltre garantire il supporto, l'assistenza e i mezzi necessari al completamento della procedura.

L'articolo 5 fissa i tempi per l'effettuazione delle verifiche sulle condizioni di accesso e sulle modalità di erogazione dei trattamenti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito, disciplinando la procedura e i tempi che le strutture del servizio sanitario regionale, tra cui i Comitati etici per la pratica clinica, devono rispettare nelle procedure concernente l'erogazione dei trattamenti medesimi, ribadendo il principio della cedevolezza invertita (comma 6). La procedura è avviata su richiesta del paziente e può essere da quest'ultimo sospesa e interrotta in ogni momento.

L'articolo 6, in linea con le indicazioni ministeriali sopra ricordate, prevede la gratuità delle prestazioni di assistenza sanitaria al suicidio medicalmente assistito e, al comma 2, dispone che il diritto all'erogazione delle prestazioni disciplinate dalla legge è individuale e inviolabile e non può essere limitato, condizionato o assoggettato ad altre forme di controllo al di fuori di quanto previsto dalla medesima legge.

L'articolo 7 reca la clausola di invarianza finanziaria, tenuto conto che la legge riguarda prestazioni sanitarie che ciascuna regione è già tenuta a garantire e a cui deve quindi provvedere secondo le ordinarie modalità di finanziamento dei propri servizi.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Oggetto e finalità)

1. La presente legge disciplina la facoltà della persona affetta da una patologia irreversibile o con prognosi infausta di richiedere assistenza sanitaria al fine di porre fine volontariamente e autonomamente alla propria vita, alle condizioni, nei limiti e con i presupposti previsti dalla presente legge nonché nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 3, 13 e 32 della Costituzione, dell'articolo 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo nonché degli articoli 1, 3, 4, 6 e 7 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

Art. 2.

(Definizione)

1. Per « suicidio medicalmente assistito » si intende il decesso cagionato da un atto autonomo con il quale, in esito al percorso disciplinato dalle norme della presente legge, una persona pone fine alla propria vita in modo volontario, dignitoso e consapevole, con il supporto e la supervisione del Servizio sanitario nazionale.

Art. 3.

(Condizioni di accesso all'assistenza sanitaria)

1. L'assistenza sanitaria di cui all'articolo 1, consistente in prestazioni e trattamenti clinicamente adeguati, è assicurata alle persone malate che ne facciano richiesta e siano in possesso dei requisiti previsti dalla presente legge.

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'assistenza sanitaria di cui all'articolo 1 alle persone malate che ne facciano richiesta e siano in possesso dei requisiti indicati dalla Corte costituzionale nella sen-

tenza n. 242 del 22 novembre 2019 nonché dei seguenti requisiti:

a) il proposito di suicidio deve essere autonomamente e liberamente formato;

b) la persona deve essere tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale;

c) la persona deve essere affetta da una patologia irreversibile;

d) la patologia deve essere fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che la persona stessa reputa intollerabili;

e) la persona è pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

3. Le condizioni di cui al presente articolo e le modalità di esecuzione per l'accesso al suicidio medicalmente assistito devono essere verificate da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale, previo parere del Comitato etico territorialmente competente.

Art. 4.

(Assistenza sanitaria al suicidio medicalmente assistito)

1. Le strutture sanitarie pubbliche assicurano alle persone malate che ne facciano richiesta la verifica delle proprie condizioni e delle modalità di erogazione della prestazione di autosomministrazione del farmaco letale per l'accesso al suicidio medicalmente assistito, come statuito dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 22 novembre 2019.

2. Entro quindici giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le aziende sanitarie locali istituiscono una Commissione medica multidisciplinare permanente con il compito di effettuare le verifiche di cui all'articolo 3, anche ai sensi della citata sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019.

3. La composizione della Commissione medica multidisciplinare permanente istituita ai sensi del comma 2 è integrata o modificata tenuto conto delle particolari condizioni del malato.

4. Le modalità di esecuzione devono essere verificate dalla Commissione medica multidisciplinare permanente affinché la persona malata che ne faccia richiesta possa procedere con metodi e farmaci idonei a garantirle una morte più rapida, indolore e dignitosa rispetto alla scelta alternativa del rifiuto delle cure con sedazione profonda continuativa e di ogni altra soluzione in concreto praticabile, previo parere del Comitato etico per la pratica clinica.

5. L'azienda sanitaria locale, con le modalità previste dagli articoli 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, fornisce alla persona malata che ne faccia richiesta ogni supporto e assistenza, compresi il farmaco, il macchinario e l'assistenza medica per la preparazione all'autosomministrazione, previo completamento della fase delle relazioni mediche, affinché la persona stessa possa procedere all'autosomministrazione del farmaco autorizzato nella struttura ospedaliera o *hospice* ovvero presso il proprio domicilio se richiesto.

Art. 5.

(Procedimento di verifica delle condizioni di accesso e delle modalità di erogazione)

1. Il procedimento di verifica delle condizioni di accesso e delle modalità di erogazione per l'assistenza al suicidio medicalmente assistito è attivato su richiesta della persona malata all'azienda sanitaria locale territorialmente competente, che conclude il procedimento medesimo entro venti giorni dalla richiesta.

2. La Commissione medica multidisciplinare permanente effettua le verifiche previste dall'articolo 4 entro dieci giorni dalla richiesta.

3. L'azienda sanitaria locale territorialmente competente, entro cinque giorni dal completamento del procedimento di verifica, invia la relazione medica concernente l'esito delle verifiche effettuate al Comitato etico per la pratica clinica competente, che esprime un parere entro i cinque giorni successivi e lo invia alla Commissione medica multidisciplinare permanente. L'azienda sanitaria locale trasmette, senza ri-

tardo, l'esito della procedura, compresi la relazione e il parere di cui al primo periodo, alla persona malata che ne abbia fatto richiesta.

4. In caso di esito positivo del procedimento di verifica, le prestazioni e i trattamenti di autosomministrazione di cui all'articolo 2 sono erogati entro sette giorni dalla richiesta.

5. L'erogazione del trattamento di autosomministrazione può essere rinviata tenuto conto della volontà e della richiesta della persona malata che in ogni momento può decidere di posticipare, sospendere o annullare la prestazione.

6. In ogni caso, le strutture sanitarie pubbliche conformano i procedimenti disciplinati dalla presente legge ai principi fondamentali dettati dalla rilevante disciplina statale.

Art. 6.

(Gratuità delle prestazioni)

1. Le prestazioni concernenti la verifica e l'assistenza sanitaria per l'accesso ai trattamenti previsti dalla presente legge sono assicurate gratuitamente nell'ambito del percorso terapeutico-assistenziale erogato in favore di coloro che ne abbiano fatto richiesta.

2. Il diritto all'erogazione delle prestazioni disciplinate dalla presente legge è individuale e inviolabile e non può essere limitato, condizionato o assoggettato a forme di controllo ulteriori rispetto a quanto previsto dalla medesima legge.

Art. 7.

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. All'attuazione della presente legge le amministrazioni interessate provvedono nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente per le prestazioni e i servizi garantiti dal Sistema sanitario nazionale e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA



19PDL0072270