



## **DISEGNO DI LEGGE**

**d'iniziativa del senatore RIZZI**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 7 OTTOBRE 2008**

Disposizioni a tutela della vita nella fase terminale

ONOREVOLI SENATORI. - Il dibattito mediatico e politico sulle questioni etiche legate all'eutanasia, alla lotta all'accanimento terapeutico e all'assistenza ai malati terminali rende impellente l'adozione, da parte del Parlamento, di una nuova disciplina giuridica volta a definire i contorni giuridici del problema. Se, infatti, tali questioni etiche dovrebbero essere risolte nel rapporto fiduciario medico-paziente, negli ultimi anni la magistratura e il conseguente dibattito politico hanno alterato la natura privatistica del problema, attribuendogli un rilievo pubblico che necessariamente deve trovare una risposta a livello legislativo.

Le stesse articolate vicende relative al «caso Englaro» - con particolare riferimento alla decisione dei due rami del Parlamento di sollevare conflitto di attribuzioni innanzi alla Corte costituzionale in merito alla decisione della Corte di appello di Milano di autorizzare la sospensione dei trattamenti hanno fatto chiaramente emergere nel dibattito politico l'improrogabilità di un intervento del legislatore sui temi in oggetto. Con questi intenti, è in prima istanza necessario riflettere in termini non solo eticovaloriali, ma anche giuridici, sul significato dell'eutanasia nel nostro ordinamento penale. Ogni giorno, infatti, medici, pazienti e familiari dei pazienti si trovano ad affrontare scelte difficili nella lotta contro la malattia, scelte che spesso si scontrano con la tentazione al cedimento e alla rinuncia alla vita. Tali decisioni etiche incidono non solo sulle condizioni di vita del singolo individuo, ma anche sul concetto di tutela della salute e della vita promosso dal nostro ordinamento costituzionale.

Partire semplicisticamente dalla constatazione che un divieto di eutanasia risulta già previsto dal nostro ordinamento può non sempre essere sufficiente. È significativo, infatti, che, al di là dell'articolo 36 del codice deontologico medico, l'eutanasia non sia esplicitamente disciplinata, bensì venga di volta in volta ritagliata con un'operazione interpretativa all'interno dei reati già previsti dal codice penale. Tale lacuna legislativa, tuttavia, rischia di essere colmata con interpretazioni di dubbia legittimità dai magistrati, come dimostrato nel caso dell'ing. Forzatti e nello stesso caso Englaro.

Nell'affrontare in termini giuridici le questioni connesse all'eutanasia, al fine di esplicitarne la contrarietà al nostro ordinamento penale, è necessario tuttavia anche regolare i fondamentali diritti dei pazienti nei confronti di quelle pratiche mediche che operano a cavallo tra la vita e la morte. Parlare di «dolce morte» è infatti inappropriato, sia in termini assoluti (dato il fondamentale principio della tutela della vita dalla nascita alla morte naturale), sia in termini relativi, giacché dietro alcune iniezioni letali, giace non tanto un sentimento di «pietà» verso il paziente, bensì interessi di varia natura, non da ultimo quello economico volto alla riduzione delle spese sanitarie.

Dato questo orientamento generale, è in seconda istanza necessario riflettere in maniera globale sull'universo del malato terminale, che apre una serie di problematiche e di sfide di portata non indifferente. È evidente, infatti, che la domanda di ciascun paziente tende a differenziarsi in maniera sostanziale a seconda del relativo livello di sofferenza

e delle personali esigenze di carattere assistenziale e sociale, sicché la stessa offerta di prestazioni da parte del Servizio sanitario nazionale (SSN) deve essere in grado di adattarsi a tali variabili istanze di presa in carico.

In questo senso, si è diffusa la convinzione che l'assistenza nella fase terminale solleciti la creazione, all'interno del Servizio sanitario sia nazionale che regionale, di una rete in grado di coprire tutti i bisogni e tutte le esigenze del paziente. Il riferimento è, nello specifico, alla diffusione non solo di specifiche strutture di assistenza residenziale, dotate di personale, strumenti e competenze specializzati nella terapia del dolore, ma anche di altri servizi di assistenza domiciliare atti a consentire al malato piena libertà di scelta in merito ai protocolli di assistenza ritenuti più appropriati.

A queste esigenze di carattere organizzativo-assistenziale si abbinano poi ulteriori sfide di promozione di una nuova cultura assistenziale e sanitaria nei confronti del paziente, incentrata sulla lotta al dolore in tutte le sue forme e manifestazioni, con primario riferimento al trattamento del dolore in fase acuta e cronico.

A dispetto degli interventi già realizzati sia a livello nazionale che regionale nella promozione delle cure palliative e dell'assistenza ai malati affetti da dolore severo, molte di queste sfide rimangono al momento ancora aperte, nel senso che al dibattito non hanno fatto seguito concreti interventi attuativi di stampo legislativo o amministrativo.

È specificamente a partire da tali convinzioni che il disegno di legge in esame intende riunire in un unico testo vari interventi che, a diverso titolo, sono finalizzati sia ad esplicitare il divieto di eutanasia, regolando anche le questioni relative all'espressione del consenso ai trattamenti sanitari, sia ad incrementare l'offerta assistenziale ai malati affetti da dolore severo, favorendo a livello nazionale e regionale strumenti di presa in

carico globale dei pazienti in fase terminale e delle loro famiglie.

Punto fondamentale di partenza del disegno di legge in questione è pertanto la specificazione che l'adozione di un'ampia nozione di eutanasia, estesa sia all'eutanasia passiva che a quella attiva, consente di far rientrare l'istituto all'interno di tre fattispecie del nostro ordinamento penale: il reato di omicidio ex articolo 575 del codice penale, il reato di omicidio del consenziente ex articolo 579 del codice penale, il reato di istigazione ed aiuto al suicidio ex articolo 580 del codice penale. Tale ricostruzione generale recupera un orientamento ormai consolidato nel nostro sistema penale vigente, per cui la pietà per la sofferenza della vittima non costituisce causa di giustificazione del reo.

Il riferimento all'una piuttosto che all'altra fattispecie penale sarà determinato dal fatto che l'interruzione della vita sia praticata materialmente dal paziente medesimo con il supporto del medico curante ovvero da un soggetto terzo (in particolare, un familiare del paziente o il personale medico-sanitario), nonché dalla circostanza che l'eutanasia sia stata effettuata con il consenso del paziente ovvero in assenza di questo. È importante specificare che il consenso sarà ritenuto rilevante solo come possibile attenuante della pena, ma non potrà essere utilizzato come elemento di assoluzione del colpevole del reato. Ai fini della valutazione delle cause attenuanti, sarà peraltro considerato rilevante solo un consenso serio, esplicito, non equivoco e perdurante (caratteristiche queste da tempo indicate come qualificanti del consenso dalla dottrina), al fine di evitare che semplici manifestazioni estemporanee di intenti del paziente - non corrispondenti ad un'effettiva manifestazione di volontà - siano strumentalizzate dal reo.

Da questo fondamentale punto di partenza discendono altri importanti corollari, che vengono appositamente disciplinati nel presente disegno di legge. In primo luogo, la riflessione che un divieto di eutanasia ispirato

al concetto della dignità della vita in tutte le sue forme non può non accompagnarsi ad un'esplicitazione del parallelo divieto all'accanimento terapeutico, inteso come ricorso ad interventi medici di prolungamento della vita non rispettosi della dignità del paziente. L'ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità di vita, infatti, non solo è vietata dal codice di deontologia medica, ma rappresenta una pratica non conforme al nostro concetto di tutela di salute come benessere psico-fisico della persona. Frequenti sono infatti i casi di malattie terminali o croniche in cui l'accanimento nelle cure, non essendo in grado di offrire nessun vantaggio in termini di miglioramento delle condizioni di vita del paziente, si traduce in una negazione al paziente del fondamentale diritto alla qualità della vita. Ovviamente non è possibile stabilire sotto il profilo legislativo quali casi richiedano una sospensione delle cure nel rispetto della dignità del paziente: è tuttavia in questo spazio d'azione che si deve esplicitare la libertà discrezionale del medico, chiamato ad operare e a decidere secondo le sue conoscenze tecnico-scientifiche e secondo la sua deontologia professionale. Proprio in tali circostanze di malattie fortemente invalidanti e terminali, è allora necessario limitare l'attività medica all'assistenza morale e alle cure volte a ridurre al minimo le sofferenze del paziente.

Principio trasversale a tutte queste previsioni è quello del rispetto dell'autodeterminazione, che non è altro che una manifestazione delle libertà fondamentali riconosciute dal nostro ordinamento costituzionale e che deve essere opportunamente riconosciuto nei confronti di ogni pratica medica. L'informazione sui trattamenti sanitari possibili, in questa direzione, è il primo irrinunciabile passo verso la garanzia al paziente di una effettiva presa di coscienza del suo stato di salute. Ovviamente, la libertà in questione deve essere garantita anche in senso negativo, ri-

spettando cioè l'eventuale manifestazione di volontà del paziente di non essere informato sul suo effettivo stato di salute.

Un ulteriore passo verso il rispetto dell'autodeterminazione del paziente è rappresentato dalla prassi del consenso, richiesto, in armonia con le previsioni della Convenzione fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, e ratificata ai sensi della legge 28 marzo 2001, n. 145, nei confronti di ogni pratica medica, ad esclusione dei trattamenti sanitari obbligatori e dei casi di emergenza. In particolare, il consenso scritto del paziente o, qualora questo non sia in condizione di intendere e di volere, dei suoi familiari, è richiesto obbligatoriamente per la sospensione dei trattamenti sproporzionati che si trasformano in accanimento terapeutico.

Ovviamente, il consenso del paziente non può rappresentare un vincolo al medico ad effettuare trattamenti contrari al nostro ordinamento (come l'eutanasia) o ai principi di scienza e coscienza (è questo il caso di alcuni trattamenti sperimentali). In questo ambito, rientra anche la specificazione che eventuali «testamenti biologici» del paziente sono considerati privi di alcuna validità giuridica, non solo perché spesso non è possibile appurare se la volontà espressa a suo tempo dal paziente persista al momento dell'eventuale sospensione della vita, ma anche perché la pratica si scontra evidentemente con quel concetto di tutela della vita che intendiamo perseguire.

Riconoscere un diritto al suicidio, infatti, rappresenta un paradosso, perché il suicidio, pur non essendo punito nel nostro ordinamento per l'impossibilità materiale di condannare il colpevole, corrisponde ad una pratica palesemente contraria al generale orientamento del nostro sistema giuridico a favore della vita.

In secondo luogo, un altro corollario del divieto di eutanasia è rappresentato dalla valorizzazione delle cure palliative.

A tal fine (articolo 7), si promuove la prosecuzione del «Programma nazionale per la

realizzazione di strutture per le cure palliative», di cui al decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, prevedendo la realizzazione, in ciascuna regione, di ulteriori strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto, prioritariamente per pazienti affetti da patologia neoplastica terminale o da patologia degenerativa progressiva. Per la prosecuzione dell'iniziativa, è stanziato 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010.

L'articolo 8 è finalizzato al riconoscimento con legge del Progetto «Ospedale senza dolore», di cui all'Accordo Stato-Regioni del 24 maggio 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 149 del 29 giugno 2001, con il quale sono state concordate le linee guida per la realizzazione, a livello regionale, di progetti indirizzati al miglioramento del processo assistenziale rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine. Obiettivo del documento è, in particolare, quello di promuovere un radicale mutamento di attitudini e atteggiamenti non solo tra il personale curante, ma anche negli stessi pazienti, al fine di garantire che la rilevazione del dolore divenga costante al pari di altri segni vitali (come la frequenza cardiaca, la temperatura corporea, e così via) e che sia diffusa la filosofia della lotta alla sofferenza tra tutti i soggetti coinvolti nei processi assistenziali ospedalieri ed extra-ospedalieri. Alle regioni è riconosciuta piena autonomia nell'adozione degli atti necessari all'applicazione delle linee guida, ma è comunque prevista l'adozione di un nuovo Accordo Stato-Regioni per la definizione dei tempi e delle modalità di verifica dello stato di attuazione del progetto a livello regionale. Per la realizzazione dell'iniziativa, è stanziato 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010.

L'articolo 9 persegue il duplice obiettivo della revisione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) relativamente alle prestazioni di assistenza sanitaria e socio sanitaria ai ma-

lati terminali da erogarsi sull'intero territorio nazionale e della promozione del riconoscimento a livello regionale di ulteriori livelli di assistenza in materia di cure palliative. A tal fine, si prevede, da un lato, una revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002 di definizione dei LEA e, dall'altro lato, l'adozione a livello regionale di uno specifico Programma pluriennale sulle cure palliative, da realizzarsi con la cooperazione sia delle organizzazioni private senza scopo di lucro attive sul territorio che degli enti locali territorialmente competenti. L'obiettivo è quello di promuovere la creazione a livello regionale di vere e proprie reti per le cure palliative, strutturate in diversi livelli di cura, affinché sia comunque privilegiata l'assistenza domiciliare al malato e alla sua famiglia attraverso *équipe* multidisciplinari e, solo quando questa non risulti possibile, il paziente sia orientato al ricovero in appositi luoghi di cura (gli *hospice*), a bassa tecnologia, ma ad altissimo livello di prestazioni assistenziali.

L'articolo 10 intende promuovere una revisione della normativa sul consumo delle sostanze psicotrope per favorire l'accesso agli oppiacei e alle altre sostanze utilizzate nelle cure palliative; nello specifico, si prevede che l'accesso ai farmaci di cui all'allegato III-*bis* del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, di regola impiegati nella terapia del dolore, avvenga utilizzando l'ordinario ricettario del SSN, anziché il modello della ricetta a doppio ricalco previsto dalla normativa vigente.

Al comma 2, inoltre, si provvede a inserire due sostanze cannabinoidi nella sezione B della tabella II allegata e parte integrante del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, la quale contiene, fra l'altro, i medicinali a base di sostanze di impiego terapeutico per le quali sono stati accertati concreti peri-

coli di induzione di dipendenza fisica o psichica di intensità e gravità minori di quelli prodotti da medicinali a base di oppiacei.

L'articolo 11 affronta il problema della formazione/aggiornamento dei medici sul tema della terapia del dolore severo promuovendo, da un lato, il conseguimento nel settore in esame di una quota dei crediti del programma di educazione continua in medicina da parte del personale medico e sanitario impegnato nell'assistenza ai malati terminali. Dall'altro lato, si riconosce alle regioni

la possibilità di attivare specifiche scuole di formazione professionale per la preparazione del personale da destinare alla realizzazione del programma regionale di cure palliative.

L'articolo 12 è incentrato sulla realizzazione di campagne istituzionali di comunicazione destinate ad informare i cittadini sulle modalità e i criteri di accesso ai programmi di cure palliative, nonché sull'importanza di un corretto utilizzo dei farmaci impiegati nella terapia del dolore.

**DISEGNO DI LEGGE**

## Art. 1.

*(Divieto di eutanasia e di suicidio  
medicalmente assistito)*

1. L'eutanasia, intesa come qualsiasi azione od omissione che per la sua stessa natura, o nelle intenzioni di chi la compie, procura la morte di un soggetto, con l'intenzione di porre fine ad una condizione di sofferenza conseguente ad uno stato di malattia, è vietata anche se praticata con il consenso del soggetto stesso.

2. Nessuno può fornire istigazione o aiuto medico al suicidio, inteso come l'atto con cui un individuo procura a sé volontariamente la morte.

3. Al medico e agli altri operatori sanitari, è vietato effettuare o favorire trattamenti diretti a provocare la morte del malato, anche se da questi richiesti.

4. Chiunque pratici l'eutanasia e chiunque determini altri al suicidio ovvero ne agevoli, in qualsiasi modo, l'esecuzione è punibile ai sensi degli articoli 575, 579 e 580 del codice penale, a seconda che la vittima sia consenziente e che l'autore materiale della morte sia il paziente o un soggetto ad esso esterno.

5. È rilevante, ai fini della identificazione della fattispecie penale di cui al comma 4, esclusivamente il consenso che sia serio, esplicito, non equivoco e perdurante.

## Art. 2.

*(Divieto di accanimento terapeutico)*

1. Il personale medico e sanitario adotta le pratiche mediche necessarie alla tutela della

salute fisica e psichica del malato, garantendo la continuità delle cure.

2. È fatto divieto al medico di praticare l'accanimento terapeutico, inteso come ricorso ad interventi medici di prolungamento della vita non rispettosi della dignità del paziente. Il medico pertanto si astiene dall'ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e un miglioramento della qualità della sua vita.

3. Nei casi di cui al comma 2, il personale medico e sanitario può sospendere le cure eventualmente indicate dai protocolli medici, ma risultanti ormai sproporzionate, limitando la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, nonché fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita.

4. La sospensione dei trattamenti di cui al comma 3 avviene previo consenso del paziente o, qualora questo non sia in condizione di intendere e di volere, dei familiari del paziente.

5. La valutazione dei casi in cui proporre la sospensione dei trattamenti di cui al comma 3 è rimessa alla discrezionalità del personale medico curante, secondo scienza e coscienza.

### Art. 3.

#### *(Documentazione clinica)*

1. Qualsiasi pratica medica effettuata sui pazienti è riportata nell'apposita cartella clinica.

2. La disposizione di cui al comma 1 si estende anche ai casi di sospensione dei trattamenti di cui all'articolo 2, comma 3. In tali circostanze, alla cartella clinica è allegata la manifestazione scritta di consenso del paziente o dei familiari del paziente, qualora quest'ultimo non sia in condizione di intendere e di volere.

## Art. 4.

*(Informazione)*

1. Ogni individuo maggiorenne giuridicamente capace ha il diritto ad essere informato, in modo completo e comprensibile, riguardo alla diagnosi e alla prognosi delle patologie da cui è affetto, alla natura, ai benefici e ai rischi delle procedure diagnostiche e terapeutiche prospettate, nonché alle opportunità terapeutiche alternative.

2. L'obbligo per il personale sanitario di informare i soggetti di cui al comma 1 non sussiste nel caso in cui i soggetti medesimi dichiarino espressamente di non volere essere informati.

## Art. 5.

*(Consenso)*

1. I soggetti di cui all'articolo 4, comma 1, hanno il diritto di prestare o di negare il proprio consenso relativamente a qualsiasi trattamento sanitario loro prospettato. Il consenso è esplicito, manifesto ed attuale.

2. Ad esclusione dei trattamenti sanitari obbligatori per legge, il medico non intraprende attività diagnostica e terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente.

3. Quando, in situazione di emergenza, non si possa conseguire il consenso di cui al comma 1, si applica l'articolo 8 della Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997 e ratificata ai sensi della legge 28 marzo 2001, n. 145.

4. In nessun caso il medico può accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili.

5. Eventuali manifestazioni di volontà presentate in qualsiasi momento dal paziente

certificanti la determinazione del singolo di porre fine alla propria esistenza sono prese in considerazione per la sospensione dei trattamenti di cui all'articolo 2, comma 3, alla luce dell'articolo 9 della Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997 e ratificata ai sensi della legge 28 marzo 2001, n. 145, ma non hanno alcun valore vincolante nei confronti del personale medico o sanitario curante, per quanto riguarda le pratiche di cui all'articolo 1, comma 1.

6. Le manifestazioni di volontà di cui al comma 5 possono essere espresse dal paziente al rispettivo medico di medicina generale, che provvede ad annotarle sulla tessera sanitaria informatica.

#### Art. 6.

##### *(Promozione delle cure palliative)*

1. È riconosciuto e tutelato il diritto del singolo di accedere a terapie del dolore di qualsiasi origine, con particolare riguardo al dolore severo negli stati di patologia oncologica e degenerativa progressiva.

2. Ai fini di cui al comma 1, con la presente legge si intende:

a) promuovere l'adeguamento strutturale del Servizio sanitario nazionale (SSN) alle esigenze assistenziali connesse al trattamento dei pazienti affetti da dolore severo;

b) incentivare la realizzazione, a livello regionale, di progetti indirizzati al miglioramento del processo assistenziale rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine;

c) perseguire l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) come strumento di adeguamento dell'offerta di servizi alle specifiche esigenze assistenziali dei pazienti affetti da dolore severo in fase terminale e delle loro famiglie;

d) promuovere la realizzazione di programmi regionali di cure palliative domiciliari integrate;

e) semplificare le procedure di distribuzione e facilitare la disponibilità dei medicinali utilizzati nel trattamento del dolore severo al fine di agevolare l'accesso dei pazienti alle cure palliative, mantenendo controlli adeguati volti a prevenirne abusi e distorsioni;

f) promuovere il continuo aggiornamento del personale medico e sanitario dell'SSN sui protocolli diagnostico-terapeutici utilizzati nella terapia del dolore;

g) utilizzare la comunicazione istituzionale come strumento di informazione ed educazione sulle potenzialità assistenziali delle terapie del dolore e sul corretto utilizzo dei farmaci in esse impiegati.

#### Art. 7.

*(Proseguimento del Programma nazionale  
per la realizzazione di strutture  
per le cure palliative)*

1. Per consentire la prosecuzione degli interventi di cui all'articolo 1 del decreto-legge 28 dicembre 1998, n.450, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, è autorizzata la spesa di 2.000.000 di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010.

2. Con accordo da stipulare in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è adottato il programma nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario nazionale, di nuove strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto per i pazienti la cui patologia non risponde ai trattamenti disponibili e che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari.

3. Con l'accordo di cui al comma 2 sono individuati i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture dedicate all'assistenza palliativa.

4. L'accesso alle risorse di cui al comma 1 è subordinato alla presentazione al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali di appositi progetti regionali, redatti secondo i criteri e le modalità di cui all'articolo 1, commi 3 e 4, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39.

#### Art. 8.

##### *(Progetto «Ospedale senza dolore»)*

1. Per la prosecuzione ed attuazione del progetto «Ospedale senza dolore» di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 24 maggio 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 149 del 29 giugno 2001, è autorizzata la spesa di 1.000.000 di euro per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010.

2. Le risorse di cui al comma 1 sono ripartite tra le regioni con accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Con l'accordo di cui al primo periodo, sono stabilite le modalità di verifica dello stato di attuazione del progetto a livello regionale ed individuate periodiche scadenze per il monitoraggio delle azioni intraprese nell'utilizzo delle risorse disponibili.

## Art. 9.

*(Livelli di assistenza in materia di cure domiciliari palliative integrate)*

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con le procedure di cui all'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, si provvede alla revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, di definizione dei LEA, relativamente all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a favore dei malati terminali, al fine di agevolare l'accesso dei pazienti affetti da dolore severo conseguente a patologie oncologiche o degenerative progressive a cure domiciliari palliative integrate.

2. Nell'ambito dei LEA di cui al comma 1 e degli ulteriori livelli di assistenza eventualmente individuati a livello regionale, è demandata alle regioni, nell'ambito della programmazione degli interventi sanitari e sociali, l'adozione di uno specifico programma pluriennale che definisca l'organizzazione e il funzionamento dei servizi per il trattamento a domicilio di pazienti in fase terminale colpiti da neoplasie o altre patologie degenerative progressive nel caso di dimissione dal presidio ospedaliero pubblico o privato e della prosecuzione delle necessarie terapie in sede domiciliare.

3. Il programma di cui al comma 2 definisce i criteri e le procedure per la stipula di convenzioni tra la regione e le organizzazioni private senza scopo di lucro operanti sul territorio, funzionali alla migliore erogazione dei servizi di cui al presente articolo. In particolare, sono definiti i requisiti organizzativi, professionali ed assistenziali che le organizzazioni private devono possedere ai fini della stipula delle convenzioni e sono specificate le modalità di verifica del-

l'attività dalle medesime svolta, sia sul piano tecnico che amministrativo.

4. Ai fini del coordinamento e dell'integrazione degli interventi sanitari e assistenziali nei programmi di cure domiciliari palliative, le regioni promuovono la stipula di convenzioni con gli enti locali competenti territorialmente.

#### Art. 10.

*(Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nelle terapie del dolore)*

1. All'articolo 43 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, dopo il comma 4 è inserito il seguente:

«4-bis. Per la prescrizione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale di farmaci previsti dall'allegato III-bis per il trattamento di pazienti affetti da dolore severo, in luogo del ricettario di cui al comma 1, contenente le ricette a ricalco di cui al comma 4, può essere utilizzato il ricettario del Servizio sanitario nazionale disciplinato dal decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 18 maggio 2004, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 251 del 25 ottobre 2004; in tal caso, ai fini della prescrizione, sono rispettate le indicazioni del predetto decreto e il farmacista conserva copia o fotocopia della ricetta per il scarico nel registro previsto dall'articolo 60, comma 1, nonché ai fini della dimostrazione della liceità del possesso del quantitativo di farmaci consegnati dal farmacista al paziente o alla persona che li ritirasse.

2. Fermo restando il disposto del secondo periodo del comma 1 dell'articolo 13 del ci-

tato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nella tabella II, sezione B, del medesimo testo unico, dopo la parola, classificata nella colonna: «denominazione comune», «Delorazepam» è inserita la seguente: «Delta-8-tetraidrocannabinolo (THC)».

3. Le strutture private accreditate per l'assistenza ai malati in fase terminale sono autorizzate a prescrivere, nelle terapie del dolore, farmaci analgesici utilizzando il ricettario di cui al citato decreto del Ministero della salute del 24 maggio 2001.

#### Art. 11.

*(Formazione ed aggiornamento del personale  
sul trattamento del dolore severo  
nella fase terminale)*

1. Nell'attuazione dei programmi di formazione continua in medicina di cui all'articolo 16-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, la Commissione nazionale per la formazione continua, di cui all'articolo 16-*ter* del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni, provvede affinché il personale medico e sanitario impegnato nei programmi di cure palliative domiciliari o impegnato nell'assistenza ai malati terminali consegua crediti formativi in terapia del dolore severo.

2. Le regioni, nell'ambito della loro competenza in materia di istruzione e formazione professionale, valutano l'opportunità di procedere all'istituzione di scuole di formazione professionale per la preparazione del personale da destinare alla realizzazione del programma di cure palliative domiciliari integrate di cui all'articolo 9, comma 2.

## Art. 12.

*(Campagne informative)*

1. Lo Stato e le regioni, negli ambiti di rispettiva competenza, promuovono la realizzazione di campagne istituzionali di comunicazione destinate ad informare i cittadini sulle modalità ed i criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza in materia di trattamento del dolore severo nelle patologie neoplastiche o degenerative progressive. Nelle campagne di cui al primo periodo è inclusa una specifica comunicazione sull'importanza di un corretto utilizzo dei farmaci impiegati nelle terapie del dolore e sui rischi connessi ad un abuso o ad un uso non appropriato delle sostanze in essi contenuti.

2. Le regioni, le aziende sanitarie ed ospedaliere e le altre strutture sanitarie di ricovero e cura garantiscono massima pubblicità agli utenti del servizio sui processi applicativi adottati in attuazione delle linee guida «Ospedale senza dolore» di cui al citato accordo del 24 maggio 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n.149 del 29 giugno 2001, attivando specifici meccanismi di misurazione del livello di soddisfazione del paziente e registrazione di eventuali disservizi.

## Art. 13.

*(Copertura finanziaria)*

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, stimati in complessivi 3.000.000 per ciascuno degli anni 2008, 2009 e 2010, si provvede mediante corrispondente riduzione, per l'anno 2008, dell'autorizzazione di spesa recata dall'articolo 1, comma 806, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, per la parte relativa ai 5 milioni finalizzati alle iniziative nazionali realizzate dal Ministero del lavoro, della salute, e delle politiche sociali e per gli anni 2009 e 2010

mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2008-2010, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2008, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.





