



Istituzione e disciplina della figura professionale dell'assistente spirituale nell'ambito della rete per le cure palliative

A.C. 2659

Dossier n° 676 - Schede di lettura
12 ottobre 2026

Informazioni sugli atti di riferimento

A.C.	2659
Titolo:	Istituzione e disciplina della figura professionale dell'assistente spirituale nell'ambito della rete per le cure palliative
Iniziativa:	Parlamentare
Primo firmatario:	Marchetti
Numero di articoli:	6
Date:	
presentazione:	13 ottobre 2025
assegnazione:	24 marzo 2026
Commissione competente :	XII Affari sociali
Sede:	referente
Pareri previsti:	Commissioni I Affari Costituzionali, V Bilancio e Tesoro, VII Cultura, XIV Politiche UE, Commissione parlamentare per le questioni regionali

Contenuto

La proposta di legge in esame ([A.C. 2659](#)), composta da **6 articoli**, è volta a riconoscere e a disciplinare la figura dell'**assistente spirituale** nell'ambito della **rete per le cure palliative** di cui alla [legge 15 marzo 2010, n. 38](#) "*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*".

La [legge n. 38/2010](#) ha introdotto alcuni principi e linee guida omogenee su tutto il territorio nazionale, per quanto attiene all'erogazione dell'assistenza e la formazione del personale impiegato per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, all'uso dei farmaci per la terapia del dolore, al monitoraggio dell'attuazione delle nuove disposizioni, e di quelle preesistenti, da parte delle regioni e dei soggetti impegnati in tale ambito.

Dopo aver definito le cure palliative e le terapie del dolore obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale, la legge rimette al Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, previo parere del Consiglio superiore di sanità, nel rispetto del riparto di competenze tra Stato e regioni, la [definizione delle linee guida per il coordinamento degli interventi regionali negli ambiti individuati dalla legge](#). L'accordo è intervenuto già dal dicembre 2010.

Con l'Accordo del 10 luglio 2014 ([qui il testo](#)) sono state successivamente individuate le **figure professionali** con specifiche competenze nei settori delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ad alcune categorie espressamente previste, nonché delle tipologie di strutture nelle quali, a livello regionale, si articolano le **due reti** - per le **cure palliative** e per la **terapia del dolore** - e delle modalità per assicurare il coordinamento delle due reti a livello nazionale e regionale.

Da ultimo, la legge di bilancio 2026 ([art. 1, co. 367, L. n. 199/2025](#)) ha incrementato di 20 milioni di euro annui, a decorrere dal 2026, l'importo delle risorse previste per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, da destinarsi in via prioritaria all'assunzione di personale per il potenziamento delle reti di cure palliative.

Quanto ai profili di diritto dell'Unione europea, con riguardo alla regolamentazione delle professioni si ricorda che la **direttiva (UE) 2018/958**, richiamata in precedenza, impone agli Stati membri di valutare preliminarmente la proporzionalità delle disposizioni legislative, regolamentari o amministrative che limitino l'accesso alle professioni regolamentate o il loro esercizio. In attuazione della citata direttiva è stato emanato, come già detto, il [D.lgs. n. 142 del 2020](#) che prevede una procedura dettagliata inerente alla **verifica del rispetto del principio di proporzionalità** che compete ai cd. soggetti regolatori (cfr. art. 3). In particolare i soggetti regolatori devono operare una valutazione della proporzionalità in sede di **analisi di impatto della regolazione** dell'atto normativo o in sede di istruttoria dell'atto amministrativo generale, compilando il questionario riportato nella tabella di cui all'Allegato I. Nella tabella deve essere fornita per ciascun quesito una motivazione specifica e dettagliata per consentire di valutare il rispetto del principio di proporzionalità la tabella e parte integrante della documentazione illustrativa che deve essere sempre posta a corredo della documentazione che accompagna i provvedimenti. A tal fine si prevede che ogni disposizione normativa (sia

legislativa che regolamentare) nonché ogni atto amministrativo generale che limita l'accesso ad una professione regolamentata o il suo esercizio, prima della sua adozione deve essere **trasmessa** dal competente soggetto regolatore all'**Autorità garante della concorrenza e del mercato** ai fini della verifica dell'adeguatezza e della completezza della valutazione di proporzionalità svolta dalle amministrazioni proponenti.

Si ribadisce, quindi, che l'art. 16-sexies del D.L. n. 131 del 2024, modificando la predetta normativa, ha introdotto nell'art. 3, il comma 3-bis, il quale prescrive che "in relazione ai **progetti di legge di iniziativa diversa da quella governativa** ovvero agli **emendamenti parlamentari** con cui si introducono nuove disposizioni che limitano l'accesso alle professioni regolamentate o il loro esercizio ovvero modificano quelle esistenti, la **valutazione di proporzionalità** (...) è effettuata dall'**amministrazione competente in relazione alla professione regolamentata** nell'ambito dell'istruttoria finalizzata a esprimere l'orientamento del Governo sul progetto di legge e il suo parere sugli emendamenti (...)".

L'**articolo 1**, composto da 3 commi, **istituisce** la figura dell'**assistente spirituale** nell'ambito della **rete** per le **cure palliative** e individua le **finalità** del provvedimento in esame.

Si ricorda, preliminarmente, che le **cure palliative** sono presenti nei livelli essenziali di assistenza ([DPCM 12 gennaio 2017](#) - decreto LEA), allo scopo di garantire l'**uniforme erogazione**, con particolare riferimento agli interventi previsti ai seguenti articoli:

- [articolo 23](#): **cure palliative domiciliari**;

Le cure palliative a domicilio sono erogate dall'unità di cure palliative domiciliari e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura di farmaci e di dispositivi medici, nonché di preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e **sostegno spirituale**. Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI).

Le cure palliative domiciliari si articolano in due livelli:

- 1) livello base: costituito dall'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta e vede la collaborazione integrata tra i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta e l'*équipe* medico-infermieristica, composta, prevalentemente, dal medico palliativista, dall'infermiere e dall'operatore socio-sanitario;
- 2) livello specialistico: costituito da interventi da parte di *équipe* multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati.

- [articolo 31](#): **assistenza sociosanitaria residenziale** alle persone nella **fase terminale** della vita;

L'erogazione delle cure palliative residenziali, nell'ambito della Rete locale di cure palliative, avviene presso strutture residenziali dette *hospice* che garantiscono il complesso integrato di accertamenti diagnostici, prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, l'assistenza farmaceutica, la somministrazione di preparati di nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere e il **sostegno spirituale**. Le prestazioni sono erogate da *équipe* multidisciplinari e multiprofessionali, e sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

- [articolo 38, comma 2](#): prestazioni garantite nell'ambito delle attività di **ricovero ordinario per acuti**.

In tale ambito sono garantite tutte le prestazioni cliniche, mediche e chirurgiche, ostetriche, farmaceutiche, strumentali e tecnologiche necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico, della terapia, **inclusa la terapia del dolore e le cure palliative**, o di specifici controlli clinici e strumentali.

In linea generale, inoltre, va ricordato che la [legge n. 38/2010](#) ha introdotto alcuni principi e linee guida omogenee su tutto il territorio nazionale, per quanto attiene all'erogazione dell'assistenza e la formazione del personale impiegato per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, all'uso dei farmaci per la terapia del dolore, al monitoraggio dell'attuazione delle nuove disposizioni, e di quelle preesistenti, da parte delle regioni e dei soggetti impegnati in tale ambito.

Dopo aver definito le cure palliative e le terapie del dolore obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale, la legge rimette al Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, previo parere del Consiglio superiore di sanità, nel rispetto del riparto di competenze tra Stato e regioni, la [definizione delle linee guida per il coordinamento degli interventi regionali negli ambiti individuati dalla legge](#). L'accordo è intervenuto già dal dicembre 2010.

Con l'Accordo del 10 luglio 2014 ([qui il testo](#)) sono state successivamente individuate le **figure professionali** con specifiche competenze nei settori delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ad alcune categorie espressamente previste, nonché delle tipologie di strutture nelle quali, a livello regionale, si articolano le **due reti** - per le **cure palliative** e per la **terapia del dolore** - e delle modalità per assicurare il coordinamento delle due reti a livello nazionale e regionale.

Da ultimo, la legge di bilancio 2026 ([art. 1, co. 367, L. n. 199/2025](#)) ha incrementato di 20 milioni di euro annui, a decorrere dal 2026, l'importo delle risorse previste per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, da destinarsi in via prioritaria all'assunzione di personale per il potenziamento delle reti di cure palliative.

Il **comma 1**, innanzitutto, istituisce la **nuova figura professionale dell'assistente spirituale** nell'ambito della rete per le cure palliative.

Per quanto attiene all'**assistenza spirituale**, come precedentemente riportato, il DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA, all'art. 23, relativo alle cure palliative domiciliari, e all'art. 31, relativo all'assistenza sociosanitaria residenziale alle

persone nella fase terminale della vita, include espressamente tra le prestazioni garantite dal SSN anche il "**sostegno spirituale**" attraverso specifiche *équipe*.

L'"**assistente spirituale**", invece, è menzionato espressamente nell'Allegato 1 all' [Intesa della Conferenza Stato-Regioni 25 luglio 2012](#), che definisce i requisiti minimi e le modalità organizzative per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale, delle unità di cure palliative e della terapia del dolore, in attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38. L'assistente spirituale è inserito tra i componenti minimi dell'*équipe* multidisciplinare e multiprofessionale dell'*hospice*, mentre tale figura non risulta prevista per l'assistenza domiciliare.

Viene inoltre chiarito che la legge in esame determina i **principi fondamentali** dell'esercizio della professione di assistente spirituale, ai sensi dell'[art. 117, terzo comma, della Costituzione](#) - che disciplina la potestà legislativa concorrente -.

Come evidenzia la relazione illustrativa, la proposta di legge muove dai principi della **dignità** e della centralità della persona umana, dell'**umanizzazione** delle **cure** e della soddisfazione dei bisogni complessivi del malato, così come enunciati dall'art. 1 del [d.lgs. n. 502/1992](#) (come modificato da ultimo dall'art. 1, co. 361, [L. n. 207/2024](#) - legge di bilancio per l'anno 2025). In tale prospettiva, al centro del sistema di cura è posta la persona e non la singola prestazione sanitaria, e i bisogni del paziente sono considerati nella loro globalità: accanto alla sfera fisica e psicologica rilevano anche quella sociale, emotiva e spirituale che concorrono, assieme alle prime, a costituire il concetto di salute.

Il **comma 2** attribuisce alle **regioni** il compito di disciplinare le **modalità di esercizio della professione di assistente spirituale**, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dal presente progetto di legge.

Si ricorda che l'art. 117, terzo comma, della Costituzione, individua le materie oggetto di potestà legislativa concorrente tra Stato e regioni e, tra queste, figurano sia le «professioni» sia la «tutela della salute». Con specifico riferimento all'assistenza spirituale, quindi, allo Stato compete la determinazione dei principi fondamentali, mentre alle regioni spetta la disciplina di dettaglio. A tal proposito, la relazione illustrativa sottolinea come alcune regioni hanno avviato percorsi sperimentali, spesso in convenzione con le aziende sanitarie locali, per garantire una presenza stabile e qualificata dell'assistenza spirituale, tanto nei centri residenziali per le cure palliative, i cosiddetti «*hospice*», quanto nelle cure domiciliari.

Il **comma 3** prevede l'applicazione delle disposizioni del provvedimento in esame anche alle **regioni a statuto speciale** e alle **province autonome** di Trento e di Bolzano, compatibilmente con i rispettivi statuti e con le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla [legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3](#).

Il comma 3 introduce la **clausola di salvaguardia** dell'ordinamento delle autonomie speciali con riferimento a tutte le disposizioni contenute nel testo in esame, nel senso che esse sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano, solo se non in contrasto con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche in riferimento alla clausola di maggior favore introdotta dall'art. 10 della legge costituzionale n. 3 del 2001.

L'**articolo 2**, composto da 4 commi, definisce la figura dell'assistente spirituale e ne individua le **funzioni**.

Ai sensi del **comma 1**, l'assistente spirituale è definito come il soggetto, in possesso di adeguata qualificazione, che, nell'ambito della rete per le cure palliative e della rete integrata per le cure palliative e per la terapia del dolore pediatrica, **riconosce e valuta i bisogni spirituali** della persona assistita, della sua famiglia e del *caregiver* familiare, tenuto conto della specifica fase della vita della persona assistita, e fornisce loro un appropriato supporto spirituale ed emotivo.

Il **comma 2** attribuisce all'assistente spirituale il compito di favorire la piena **integrazione** tra la **dimensione spirituale** e le altre dimensioni della **cura**, operando anche in **collaborazione** con le altre figure professionali dell'**équipe specialistica**.

L'assistente spirituale non solo è chiamato a collaborare con l'*équipe* specialistica, ma, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del presente provvedimento, integra l'*équipe* stessa.

Ai sensi del **comma 3**, l'assistente spirituale, nell'esercizio della professione, è tenuto a osservare i principi della dignità e della centralità della persona umana, dell'**umanizzazione** della **cura** e della soddisfazione dei bisogni complessivi della persona assistita, nonché a **rispettare la sensibilità, le convinzioni, la fede religiosa e la riservatezza** di ciascuno.

Il **comma 4** individua in modo analitico le **attività** dell'assistente spirituale:

a) riconoscere la sofferenza spirituale, attraverso l'individuazione delle sue manifestazioni, come gli interrogativi profondi sul senso della vita, il venir meno del legame con gli altri e con il mondo e la disperazione;

b) supportare la persona assistita attraverso un accompagnamento spirituale ed emotivo, volto a favorire un percorso interiore che dia risposta alla sofferenza spirituale riconosciuta ai sensi della lettera a);

c) **costruire** un contesto di **ascolto empatico e non giudicante**, che consenta alla persona assistita e alla sua famiglia di esprimere liberamente paure, speranze e interrogativi di natura esistenziale e spirituale;

d) accompagnare a livello esistenziale la persona assistita nel percorso di malattia e nella fase terminale della vita, per aiutarla a esplorare il significato di quanto sta vivendo e a ritrovare pace, speranza e riconciliazione.

Considerando che al comma 1 dell'articolo in esame l'assistente spirituale è chiamato a riconoscere e valutare anche i bisogni spirituali del caregiver, si valuti l'opportunità di inserire alla lett. c) del comma 4 il riferimento al caregiver familiare.

L'**articolo 3**, composto da due commi, disciplina i **requisiti** e i **percorsi formativi** per l'assistente spirituale.

Il **comma 1** demanda a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stabilire:

- i **requisiti** per l'**esercizio** della **professione** di assistente spirituale;
- la disciplina dei **percorsi formativi** per l'**esercizio** della **professione** di **assistente spirituale**;
- le **norme transitorie** per chi, alla data di entrata in vigore della presente proposta di legge, esercita la professione di assistente spirituale.

Il decreto deve essere adottato entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente progetto di legge.

Il **comma 2** disciplina i **percorsi formativi** per l'esercizio della professione di assistente spirituale. Tali percorsi devono essere strutturati secondo un approccio interdisciplinare e sviluppati nel rispetto dei principi del presente progetto di legge e tenendo conto dei modelli internazionali di riferimento e delle esperienze maturate a livello regionale in materia di assistenza spirituale.

Si prevede, infine, l'**abilitazione** all'esercizio della professione di assistente spirituale, a seguito del completamento dei suddetti percorsi formativi.

Per quanto riguarda i modelli internazionali di riferimento, di cui al comma 2 dell'art. 3 del presente provvedimento, la relazione illustrativa ricorda come alcuni Paesi europei (Svizzera, Paesi Bassi e Regno Unito) hanno già disciplinato la figura professionale dell'assistente spirituale, così come gli Stati Uniti hanno previsto specifici percorsi di formazione certificati per tale professione.

L'**articolo 4**, composto da due commi, disciplina gli **obblighi di comportamento dell'assistente spirituale**, stabilendo che tale figura professionale deve mantenere un **approccio laico e aconfessionale nell'esercizio della propria attività**, astenendosi da ogni forma di proselitismo o coercizione ideologica, religiosa o culturale (**comma 1**).

Inoltre, dispone che l'assistente spirituale, nel caso in cui la persona assistita manifesti un **bisogno religioso**, deve agevolare l'**interazione e l'incontro con l'assistente religioso**, figura prevista dall'articolo 1, comma 2, dell'[accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano n. 87 del 10 luglio 2014](#) (v. *infra*). Tale accordo ha individuato le figure professionali competenti e le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali coinvolte nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore (**comma 2**).

Si ricorda che l'articolo 1, comma 2, del citato accordo n. 87 del 10 luglio 2014 dispone che le figure professionali responsabili dell'erogazione delle cure palliative (v. *infra*) possono essere **integrate dall'assistente religioso**, il quale, in base all'articolo 3, comma 2, del medesimo accordo, può integrare anche le figure professionali coinvolte nelle cure palliative e nella terapia del dolore pediatrico.

L'**articolo 5**, composto da quattro commi, disciplina l'**integrazione del servizio di assistenza spirituale** nel contesto delle **reti per le cure palliative**.

In particolare, il **comma 1** stabilisce che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono l'**integrazione del servizio di assistenza spirituale nell'ambito delle strutture responsabili dell'erogazione delle cure palliative**, previste dall'articolo 2, comma 1, lettera d), della [L. n. 38 del 2010](#).

Si ricorda che il citato articolo 2, comma 1, lettera d), della L. n. 38 del 2010, stabilisce che la **rete nazionale per le cure palliative** e la **rete nazionale per la terapia del dolore** sono costituite dall'**insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle regioni e nelle province autonome**, responsabili dell'erogazione delle cure palliative, del controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e del

supporto dei malati e dei loro familiari. Tali reti sono volte ad assicurare la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio.

Il **comma 2** dispone che la figura dell'assistente spirituale **integra** le figure professionali che compongono l'**équipe specialistica** che eroga le cure palliative, prendendo parte alle relative riunioni e proponendo momenti di confronto e di riflessione su temi di sua competenza, al fine di potenziare la capacità di accogliere i bisogni spirituali dei pazienti.

Si ricorda che, in base all'articolo 2, comma 1, lettera e), della citata L. n. 38 del 2010, nell'ambito dell'**assistenza residenziale** le cure palliative sono erogate da **équipe multidisciplinari presso una struttura denominata "hospice"**; in base alla successiva lettera f), nell'ambito dell'**assistenza domiciliare** le cure palliative sono direttamente erogate al domicilio della persona malata, sia in riferimento agli interventi di base, coordinati dal **medico di medicina generale**, sia in riferimento a quelli delle **équipe specialistiche di cure palliative**, di cui il medico di medicina generale è in ogni caso parte integrante.

Si ricorda, inoltre, che l'articolo 1, comma 1, del citato accordo n. 87 del 10 luglio 2014 stabilisce che **le cure palliative sono assicurate dalle seguenti figure professionali**:

- medico specialista in anestesia, rianimazione e terapia intensiva, ematologia, geriatria, medicina interna, malattie infettive, neurologia, oncologia medica, radioterapia;
- medico di medicina generale,
- psicologo specialista;
- infermiere, fisioterapista, dietista;
- assistente sociale, operatore socio-sanitario.

Il **comma 3** prevede che, ai fini dell'attuazione dei commi 1 e 2, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottino **piani di integrazione del servizio di assistenza spirituale**, garantendo il **coinvolgimento degli enti del Terzo settore** aventi i requisiti previsti dal successivo comma 4 (v. *infra*) e che svolgono le proprie attività nell'ambito delle cure palliative e della terapia del dolore; tale coinvolgimento può attuarsi nelle forme della co-programmazione e della co-progettazione previste dall'articolo 55 del [D.Lgs. n. 117 del 2017](#) (Codice del terzo settore). I suddetti piani possono prevedere il **coinvolgimento dell'assistente spirituale in ambiti specifici della terapia del dolore**, in particolare in quelli contraddistinti da complessità ed elevato impatto assistenziale. Affinché possano essere coinvolti nei piani previsti dal comma in commento, gli enti del Terzo settore devono essere iscritti nel **Registro unico delle associazioni della salute (RUAS)**, istituito dall' articolo 1, comma 294, della [L. n. 207 del 2024](#) (legge di bilancio per il 2025).

Si ricorda che il citato articolo 55, comma 1, del Codice del Terzo settore, prevede che le amministrazioni pubbliche, in attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare, garantiscono il **coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, mediante forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento**, nello svolgimento delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di interesse generale, come definite dall'articolo 5 del medesimo Codice del Terzo settore. In base ai successivi commi 2 e 3 del citato articolo 55, la **co-programmazione** è indirizzata all'individuazione, da parte della pubblica amministrazione, dei **bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili**; la **co-progettazione** ha l'obiettivo di **definire ed eventualmente realizzare specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti**, sulla base degli strumenti di co-programmazione.

Si ricorda, inoltre, che il citato comma 294 dell'articolo 1 della legge di bilancio per il 2025, al fine di valorizzare, nell'interesse pubblico, il contributo, le competenze e la capacità di impatto delle associazioni di pazienti, dei gruppi di associazioni di pazienti e delle loro federazioni, ha previsto l'**istituzione del Registro unico delle associazioni della salute (RUAS)**, suddiviso in aree tematiche, **gestito dal Ministero della salute**. Possono essere iscritte al RUAS, su richiesta al medesimo Ministero, le associazioni che rispettano i seguenti requisiti:

- sono costituite da almeno dieci anni;
- sono iscritte al Registro unico nazionale del terzo settore (RUNTS) o in un altro albo ufficialmente riconosciuto;
- adottano l'approccio secondo le dimensioni di qualità previste dalla scheda 14 ("Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari") del [Patto per la salute per gli anni 2019-2021](#);
- applicano i criteri di trasparenza e di rendicontazione previsti per l'attività di interesse pubblico;
- rappresentano e favoriscono, nel campo della propria attività, le istanze di cittadini, pazienti e *caregiver* in ambito sanitario.

Il successivo comma 295 prevede la **nomina di un rappresentante delle associazioni iscritte al RUAS all'interno degli organismi costituiti presso il Ministero della salute** (comitati, tavoli di lavoro, osservatori e gruppi di lavoro).

Il **comma 4**, infine, stabilisce che i **requisiti di accreditamento degli enti del Terzo settore abilitati all'erogazione di servizi di assistenza spirituale** sono definiti con decreto del Ministro della salute, da adottare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge in commento, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

L'**articolo 6** reca le **disposizioni finanziarie**, stabilendo che dall'attuazione delle disposizioni della legge in commento **non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica**, fermo restando quanto previsto dal successivo comma 2. La suddetta attuazione, da parte delle amministrazioni responsabili, deve essere effettuata nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente (comma 1).

In riferimento all'attuazione dei **piani di integrazione** previsti dall'articolo 5, comma 3, della proposta di legge in esame (v. *supra*), il comma 2 dispone che possono essere utilizzate le **risorse del Fondo istituito dall'articolo 12, comma 2, della citata L. n. 38 del 2010**.

Si valuti l'opportunità di indicare l'importo o un tetto di spesa in relazione agli oneri derivanti dall'attuazione dei piani previsti dall'articolo 5, comma 3, della proposta di legge in esame.

Si ricorda che il citato comma 2 dell'articolo 12 della L. n. 38 del 2010 ha previsto che, per consentire l'attuazione delle disposizioni recate dalla medesima legge, **una quota del Fondo sanitario nazionale**, per un importo **non inferiore a 100 milioni di euro**, sia vincolata dal Comitato interministeriale per la programmazione economica, su proposta del Ministro della salute e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni. Tale importo è stato incrementato di **10 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024** (articolo 1, comma 245, [L. n. 213 del 2023](#) – legge di bilancio per il 2024), di ulteriori **10 milioni di euro per l'anno 2025** (articolo 1, comma 332, [L. n. 207 del 2024](#) – legge di bilancio per il 2025) e di **ulteriori 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026** (articolo 1, comma 367, [L. n. 199 del 2025](#) – legge di bilancio per il 2026), risorse da indirizzare prioritariamente all'**assunzione di personale per il potenziamento delle reti di cure palliative** (v. *supra*).

Relazioni allegare o richieste

Si tratta di una proposta di legge parlamentare corredata della sola relazione illustrativa.

Rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite

Come in precedenza ricordato, la presente proposta di legge ([A.C. 2659](#)), è volta a riconoscere e a disciplinare la figura dell'**assistente spirituale** nell'ambito della **rete per le cure palliative** di cui alla [legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"](#). La materia trattata appare pertanto riconducibile sia all'ambito delle "professioni", che a quello della "tutela della salute" oggetto di potestà legislativa concorrente ai sensi dell'articolo 117, comma 3 della Costituzione.