

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

Delega al Governo in materia di federalismo fiscale. C. 2105 Governo approvato dal Senato e abb. (Parere alle Commissioni riunite V e VI) (<i>Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con condizione</i>)	84
ALLEGATO 1 (<i>Parere approvato dalla Commissione</i>)	91

SEDE REFERENTE:

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore. Testo unificato C. 624 Binetti, C. 635 Polledri e Rivolta, C. 1141 Livia Turco, C. 1830 Di Virgilio, C. 1738 Bertolini, C. 1764-ter Cota e C. 1968-ter Saltamartini (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>)	88
ALLEGATO 2 (<i>Emendamenti e articoli aggiuntivi riferiti al testo base</i>)	92
AVVERTENZA	90

SEDE CONSULTIVA

Giovedì 12 marzo 2009. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali Eugenia Maria Roccella.

La seduta comincia alle 13.05.

Delega al Governo in materia di federalismo fiscale. C. 2105 Governo approvato dal Senato e abb.
(Parere alle Commissioni riunite V e VI).

(Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con condizione).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in oggetto, rinviato, da ultimo, nella seduta dell'11 marzo 2009.

Laura MOLTENI (LNP) dichiara di aver ascoltato con grande attenzione gli interventi svolti dai colleghi dell'opposizione

nelle precedenti sedute. Non ritiene, peraltro, fondate le preoccupazioni da loro espresse, in quanto il provvedimento in esame rappresenta l'attuazione del nuovo articolo 119 della Costituzione e si pone, pertanto, in continuità con la riforma del Titolo V della parte seconda della Costituzione. L'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, infatti, presuppone, nel settore sanitario, l'istituzione di un fondo perequativo destinato a garantire l'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali sull'intero territorio nazionale e ad accompagnare le regioni con minore gettito fiscale in un percorso progressivo di superamento del criterio tradizionale della spesa storica sanitaria. Tale attuazione impone di abbandonare il tradizionale meccanismo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, basato sul riparto tra regioni di risorse che, pur essendo qualificate come proprie delle regioni, continuano ad essere nazionali nella loro definizione e disci-

plina. Il cosiddetto federalismo fiscale, introdotto nel decreto legislativo del 18 febbraio 2000, n. 56, ha infatti legato in maniera inscindibile il finanziamento del Servizio sanitario nazionale al complessivo equilibrio economico finanziario, sicché l'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione è destinata a incidere in maniera sostanziale sul meccanismo di riscossione e attribuzione delle risorse destinate all'erogazione dei livelli essenziali assistenza.

In particolare, dovrebbe essere promosso un percorso di progressiva dismissione dei trasferimenti statali nei settori di competenza regionale, attraverso l'attribuzione a ciascuna regione della titolarità delle entrate necessarie a finanziare il servizio, fermo restando il fondo perequativo previsto dallo stesso articolo 119 della Costituzione. La garanzia dell'autonomia di entrata e di spesa di ciascuna regione è infatti destinata, in ultima istanza, a promuovere quel processo di responsabilizzazione dei diversi livelli di governo della sanità che, come si è visto, è presupposto irrinunciabile per una crescita sostenibile del sistema.

L'attuazione del federalismo fiscale implica inoltre il riconoscimento, in capo alle regioni, di più ampi margini di manovra anche sotto il profilo delle entrate derivanti dall'applicazione e riscossione dei *ticket*. Ad oggi, il sistema delle partecipazioni appare assolutamente caotico giacché, a fronte della regionalizzazione dei *ticket* sui farmaci la determinazione del ticket sulla diagnostica e la specialistica continua a dipendere fortemente dal livello centrale. Situazione questa che, sicuramente, non favorisce un effettivo governo della spesa a livello regionale. Un esempio lampante del paradosso di fondo, che oggi informa l'intero sistema delle partecipazioni, lo si desume dell'ultima vicenda del *ticket* di 10 euro a ricetta, introdotto dalla legge finanziaria del 2007 sulle prestazioni sanitarie diagnostiche di specialistica ambulatoriale.

Tale *ticket*, infatti, ha rischiato di produrre delle distorsioni nel sistema delle partecipazioni al Servizio sanitario nazionale, che non solo si traducono nella

disaffezione dei cittadini nei confronti del sistema pubblico, ma che oltretutto rischiano di compromettere l'equilibrio economico delle stesse regioni. Rispetto alla politica delle partecipazioni, la Lega auspica quindi che, in questa legislatura, si riesca a giungere a un riordino complessivo della materia, orientato nel senso della progressiva regionalizzazione di questo importante, ma anche delicato, strumento di responsabilizzazione nell'accesso alle prestazioni.

La politica di responsabilizzazione delle singole regioni e di definizione di nuovi interventi strutturali contro le inefficienze di sistema, implica anche l'esigenza di adottare nuove logiche di responsabilizzazione delle singole strutture erogatrici. Gli obiettivi di ristrutturazione del servizio, secondo criteri di efficienza operativa, di efficacia e appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, possono infatti essere perseguiti attraverso meccanismi destinati a operare dal basso verso l'alto, in un circuito virtuoso atto a coinvolgere in prima istanza i diretti responsabili della corretta gestione del servizio.

In termini operativi, gli obiettivi di cui sopra possono essere perseguiti attraverso il potenziamento del sistema dei controlli, rivolto a tutti gli operatori pubblici e privati, del sistema. In particolare è importante che vi siano controlli, non solo sotto il profilo fiscale e contabile, ma anche dal punto di vista della qualità delle prestazioni.

In questo senso, il federalismo fiscale, lungi dal determinare l'abbandono di quella logica di *welfare state* che da sempre ha informato il Servizio sanitario nazionale, costituisce un incentivo determinante per le regioni ad adottare effettivi meccanismi di controllo della spesa e di promozione dell'efficienza nel funzionamento e nell'organizzazione delle strutture sanitarie. In un sistema federale, infatti, non c'è spazio per ripiani a piè di lista da parte dello Stato. La perfetta coincidenza tra autonomia e responsabilità presuppone che alla mancata copertura dei disavanzi regionali si provveda con l'introduzione di misure sostitutive statali che responsabi-

lizzino gli amministratori regionali e gli stessi cittadini sul ripiano dei disavanzi; il riferimento è, evidentemente, all'applicazione delle misura massima prevista dalla vigente normativa dell'addizionale IRPEF, alle maggiorazioni dell'aliquota IRAP, nonché all'introduzione automatica di forme di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria.

Passando a illustrare quelli che ritiene gli aspetti più significativi del provvedimento in esame per le parti di competenza della Commissione, ricorda che esso prevede, tra l'altro, l'istituzione di due fondi perequativi, uno a favore dei comuni, l'altro a favore delle province e delle città metropolitane, iscritti nel bilancio delle singole regioni ed alimentati attraverso un apposito fondo perequativo dello Stato. Nel fondo perequativo statale è data separata indicazione degli stanziamenti spettanti ai comuni, alle province e alle città metropolitane, a titolo di concorso per il finanziamento delle funzioni svolte da tali enti.

Il valore standard della spesa corrente è computato con riferimento ad una quota uniforme pro capite, corretta sulla base di alcuni parametri, atti a contrassegnare la diversità della spesa dei singoli enti in relazione ad alcune loro specifiche caratteristiche, quali l'ampiezza demografica, le caratteristiche territoriali — con particolare riferimento alla presenza di zone montane — e le caratteristiche demografiche, sociali e produttive, mentre le entrate considerate ai fini della standardizzazione sono rappresentate dai tributi propri valutati ad aliquota standard.

Per ciò che concerne il corretto utilizzo dei Fondi perequativi — il quale deve essere improntato ai principi di efficacia, efficienza e trasparenza — e la verifica della loro applicazione, ricorda che esso spetta, in via generale, alla Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica, che sarà istituita all'interno della Conferenza Unificata.

Ricorda poi, brevemente, che nella legge delega sul federalismo fiscale vi è la definizione di un sistema premiante e di un sistema sanzionatorio da applicare nei

confronti degli enti che risultano virtuosi o meno, rispetto al raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica ad essi imposti. Tale disposizione può, naturalmente, rivestire particolare rilievo per quanto concerne la spesa sanitaria e la spesa socio-assistenziale. In particolare, il sistema premiante riguarda gli enti che: assicurano elevata qualità dei servizi e livello della pressione fiscale inferiore alla media degli altri enti del proprio livello di governo a parità di servizi offerti; garantiscono il rispetto di quanto previsto dalla presente legge e partecipano a progetti strategici mediante l'assunzione di oneri e di impegni nell'interesse della collettività nazionale, ivi compresi quelli di carattere ambientale; incentivano l'occupazione e l'imprenditorialità femminile. Il sistema sanzionatorio, che si applica, invece, nei confronti degli enti meno virtuosi rispetto agli obiettivi di finanza pubblica, comporta: il divieto di procedere alla copertura di posti di ruolo vacanti nelle piante organiche; il divieto di iscrivere in bilancio spese per attività discrezionali, fatte salve quelle afferenti al cofinanziamento regionale o dell'ente locale per l'attuazione delle politiche comunitarie; l'attivazione di meccanismi automatici sanzionatori nei confronti degli organi di governo e amministrativi, responsabile del mancato rispetto degli equilibri di bilancio e degli obiettivi economico-finanziari assegnati alla regione e agli enti locali, con individuazione dei casi di ineleggibilità nei confronti degli amministratori responsabili degli enti locali per i quali sia stato dichiarato lo stato di dissesto finanziario, oltre che dei casi di interdizione dalle cariche in enti vigilati o partecipati da enti pubblici; la previsione che le attività che abbiano causato un grave dissesto nelle finanze regionali rientrino tra i casi di grave violazione di legge è previsto lo scioglimento del Consiglio regionale e la rimozione del Presidente della Giunta. Le sanzioni indicate si applicano fin tanto che l'ente non metta in atto i provvedimenti necessari, in grado di riportare l'ente medesimo in linea con gli obiettivi di finanza pubblica.

Particolare rilievo rivestono altresì, naturalmente, le disposizioni volte a disciplinare la fase transitoria ovvero il passaggio dal regime attuale a quello che sarà definito nei decreti legislativi. L'articolo 19, in particolare, stabilisce che la perequazione partirà, a regime, soltanto al termine del periodo transitorio, fissato in cinque anni per ciascuna delle due tipologie di spese e modalità di perequazione. Un ulteriore periodo transitorio di cinque anni potrà essere concesso alle regioni nelle quali la nuova disciplina della perequazione delle spese per funzioni non essenziali dovesse rivelarsi (temporaneamente) insostenibile. Il quinquennio transitorio relativo alla convergenza tra fabbisogno e spesa standard (funzioni essenziali) potrà iniziare soltanto « a partire dall'effettiva determinazione del contenuto finanziario dei livelli essenziali delle prestazioni ».

Spetterà al legislatore delegato dare attuazione a tali previsioni, nel rispetto dei seguenti criteri di delega: garantire il passaggio graduale dai valori dei trasferimenti medi rilevati a livello regionale nel triennio 2006-2008 ai valori determinati con i criteri dello stesso articolo 9 per i trasferimenti perequativi della sanità; realizzare un processo di convergenza dalla spesa storica al fabbisogno standard in un periodo di cinque anni per le funzioni connesse ai livelli essenziali di assistenza; prevedere che il sistema di finanziamento debba divergere progressivamente dal criterio della spesa storica a favore delle capacità fiscali per abitante con riferimento alle funzioni non essenziali.

Per quanto riguarda la sanità, la determinazione del livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre in via ordinaria lo Stato si basa già oggi sulla puntuale individuazione dei livelli essenziali di assistenza, vale a dire le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. La contestualità tra la definizione dei livelli essenziali di assi-

stenza e l'individuazione delle risorse conferma l'interesse pubblico a tutelare dal lato della domanda i bisogni di salute dei cittadini, vincolando l'erogazione delle prestazioni all'ammontare delle risorse che le scelte di politica economica o i vincoli di finanza pubblica rendono disponibili per il loro finanziamento.

Con riferimento ai singoli settori, in particolare, rileva che, per quanto riguarda la sanità, ci vuole un nuovo approccio metodologico, che parta dalla definizione degli indicatori per misurare i costi standard. Definiti i costi standard, sarà possibile un reale confronto tra le regioni anche ai fini dell'individuazione del fabbisogno standard. Sarà, inoltre, necessario che la dinamica delle risorse destinate al finanziamento della spesa sia in grado, anche nel medio-lungo periodo, di garantire la copertura dei costi associati ai livelli essenziali delle prestazioni. Il costo dei LEA, infatti, è destinato nel tempo ad aumentare, per effetto sia dell'invecchiamento della popolazione, sia dell'innovazione del processo tecnologico che caratterizza il settore; nel settore dell'assistenza, le indagini svolte evidenziano una disparità tra le regioni in riferimento alle risorse impegnate per la medesima tipologia di intervento.

Giovanni Mario Salvino BURTONE (PD) esprime forti perplessità sul contenuto del provvedimento in esame, con particolare riferimento agli aspetti di competenza della Commissione, evidenziati nella relazione dell'onorevole Ciccio. Dichiaro infatti di non condividere l'ottimismo che, sin dalla presentazione del disegno di legge originario, ha caratterizzato i commenti di numerosi esponenti politici, tra cui quelli del presidente della regione siciliana. Stando alle dichiarazioni del Governo e della maggioranza, il disegno di legge in esame dovrebbe garantire maggiori risorse alle regioni settentrionali, il mantenimento delle risorse attualmente disponibili per quelle meridionali, nonché l'invarianza del prelievo fiscale. Nel giudicare poco realistiche tali previsioni, osserva che il provvedimento si limita a

definire una cornice estremamente ampia e vaga, con il rischio che la vera riforma sia delegata « in bianco » ad un Governo troppo attento, in modo unilaterale, alle esigenze delle regioni settentrionali. Sottolinea altresì la delicatezza delle procedure per l'individuazione dei costi *standard* delle prestazioni sanitarie e sociali: anche tali procedure, a seconda dei parametri che saranno privilegiati per la definizione dei costi *standard*, potrebbero privilegiare alcune parti del Paese a scapito di altre. Rileva, infine, i problemi connessi alla mancata definizione, sino ad oggi, dei livelli essenziali dell'assistenza sociale. Per tutte queste ragioni, preannuncia un orientamento contrario sull'eventuale proposta di parere favorevole del relatore.

Carlo CICCIOLO (PDL), *relatore*, alla luce delle considerazioni svolte dai colleghi, anche di opposizione, che sono intervenuti, formula una proposta di parere favorevole con condizione (*vedi allegato 1*).

Giovanni Mario Salvino BURTONE (PD) esprime apprezzamento per la condizione contenuta nella proposta di parere del relatore. Peraltro, mantenendo forti perplessità sul complesso del provvedimento in esame, annuncia voto contrario sulla proposta di parere medesima.

Nessun altro chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di parere del relatore.

La seduta termina alle 13.25.

SEDE REFERENTE

Giovedì 12 marzo 2009. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali Eugenia Maria Roccella.

La seduta comincia alle 13.25.

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore.

Testo unificato C. 624 Binetti, C. 635 Polledri e Rivolta, C. 1141 Livia Turco, C. 1830 Di Virgilio, C. 1738 Bertolini, C. 1764-ter Cota e C. 1968-ter Saltamartini.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta dell'11 marzo 2009.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che è stato richiesto che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante impianti audiovisivi a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, rimane così stabilito.

Avverte che sono stati presentati emendamenti e articoli aggiuntivi al testo unificato delle proposte di legge C. 624 e abbinate, adottato come testo base nella seduta del 25 febbraio 2009 (*vedi allegato 2*).

In sostituzione del relatore, onorevole Scapagnini, impossibilitato a partecipare alla seduta, esprime parere sugli emendamenti riferiti all'articolo 1. In particolare, invita i presentatori a ritirare gli emendamenti 1.12, 1.3, 1.4, 1.13, 1.2, 1.5 e 1.11. Esprime parere favorevole sull'emendamento 1.10 e sull'emendamenti 1.1 a condizione che sia riformulato. Esprime parere contrario sugli emendamenti 1.6, 1.7, 1.8 e 1.9.

Il sottosegretario Eugenia Maria ROCCELLA esprime parere conforme a quello del relatore.

Laura MOLTENI (LNP) raccomanda l'approvazione del suo emendamento 1.12, volto a definire con maggior precisione l'ambito di applicazione e le finalità della legge, rivolta principalmente ai malati oncologici e terminali.

Il sottosegretario Eugenia Maria ROCCELLA ritiene che, ove fosse approvato l'emendamento 1.12 sostitutivo del comma 1, nell'articolo 1 non figurerebbe più il riconoscimento del diritto ad accedere alle

terapie del dolore ma solo quello alle cure palliative, di cui al comma 2.

Laura MOLTENI (LNP) ritira il suo emendamento 1.12, riservandosi di presentarlo nel corso dell'esame in Assemblea.

Paola BINETTI (PD) raccomanda l'approvazione dell'emendamento 1.3 di cui è firmataria, volto ad individuare nella persona malata anziché nel cittadino il soggetto a cui è rivolto il provvedimento in esame.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, osserva che tale concetto è espresso compiutamente nel comma 2.

Paola BINETTI (PD) ritira l'emendamento Livia Turco 1.3.

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD) raccomanda l'approvazione del suo emendamento 1.6, volto ad aggiungere un riferimento anche alle cause di sofferenza diverse dal dolore fisico, come ad esempio la dispnea e il senso di soffocamento.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, non ritiene opportuno introdurre nel testo ulteriori specificazioni del termine « dolore », essendo a suo avviso preferibile mantenere una definizione di carattere generale.

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD) ritira il suo emendamento 1.6.

Delia MURER (PD) accoglie l'invito a ritirare l'emendamento Livia Turco 1.4, di cui è firmataria.

Laura MOLTENI (LNP) ritira il suo emendamento 1.13, riservandosi di presentarlo nel corso dell'esame in Assemblea.

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD) ritira il suo emendamento 1.7, riservandosi di presentarlo nel corso dell'esame in Assemblea. Raccomanda quindi l'appro-

vazione del suo emendamento 1.8, volto a sostituire la locuzione « bisogno di salute » con quella « diritto alla salute ».

Il sottosegretario Eugenia Maria ROCELLA osserva che il comma 1 contiene già il riconoscimento del diritto ad accedere alle cure palliative e alle terapie del dolore e che, pertanto, nel comma 2 appare più adeguato il riferimento al « bisogno di salute ».

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD) ritira il suo emendamento 1.8, riservandosi di presentarlo nel corso dell'esame in Assemblea. Ritira altresì il suo emendamento 1.9, volto ad aggiungere al concetto di tutela della dignità della persona anche quello di tutela della libertà, riservandosi di presentarlo nel corso dell'esame in Assemblea.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, invita il presentatore dell'emendamento 1.1 a riformularlo nel senso di aggiungere, dopo le parole: « dignità del paziente », le parole: « senza alcuna discriminazione ».

Il sottosegretario Eugenia Maria ROCELLA condivide la riformulazione proposta dal presidente e relatore Palumbo.

Mariella BOCCIARDO (PdL) riformula il suo emendamento 1.1 nel senso indicato dal presidente.

La Commissione approva l'emendamento Bocciardo 1.1, come riformulato. Approva quindi l'emendamento Farina Coscioni 1.10.

Mariella BOCCIARDO (PdL) ritira il suo emendamento 1.2.

Delia MURER (PD) ritira l'emendamento Livia Turco 1.5, riservandosi di presentarlo nel corso dell'esame in Assemblea.

Donata LENZI (PD) chiede chiarimenti sulle ragioni dell'invito a ritirare l'emenda-

damento 1.11, che a suo giudizio introduce opportunamente un riferimento al sostegno socio-assistenziale oltre a quello socio-sanitario.

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD) raccomanda l'approvazione del suo emendamento 1.11.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, modificando il suo precedente avviso, esprime parere favorevole sull'emendamento 1.11 purché sia riformulato nel senso di sostituire le parole « sostegno socio-sanitario » con le seguenti: « sostegno sanitario e socio-assistenziale ».

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD) riformula il suo emendamento nel senso proposto dal presidente e relatore Palumbo.

La Commissione approva l'emendamento Farina Coscioni 1.11, come riformulato.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 13.45.

AVVERTENZA

Il seguente punto all'ordine del giorno non è stato trattato:

COMITATO RISTRETTO

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di governo delle attività cliniche.
C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio e Palumbo, C. 977-ter Livia Turco, C. 278 Farina Coscioni e C. 1942 Mura.

ALLEGATO 1

**Delega al Governo in materia di federalismo fiscale
(C. 2105 Governo approvato dal Senato e abb.)**

PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE

La XII Commissione,

esaminato, per le parti di competenza, il disegno di legge n. 2105 Governo, approvato dal Senato, ed abb., recante « Delega al Governo in materia di federalismo fiscale »;

esprime:

PARERE FAVOREVOLE

con la seguente condizione:

siano garantiti *standard* adeguati di assistenza sull'intero territorio nazionale, in modo omogeneo, attraverso la definizione di livelli essenziali di assistenza sia sanitari che sociali approvati e accompagnati da controlli rigorosi.

ALLEGATO 2

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore. C. 624 Binetti, C. 635 Polledri e Rivolta, C. 1141 Livia Turco, C. 1830 Di Virgilio, C. 1738 Bertolini, C. 1764-ter Cota e C. 1968-ter Saltamartini.

**EMENDAMENTI E ARTICOLI AGGIUNTIVI
RIFERITI AL TESTO BASE**

(Vedi seduta del 25 febbraio 2009)

ART. 1.

Sostituire il comma 1 con il seguente:

1. La presente legge disciplina l'accesso degli assistiti alle cure palliative e alle terapie del dolore.

1. 12. Laura Molteni, Rondini, Munerato, Lussana.

Al comma 1, sostituire le parole: il diritto del cittadino con le seguenti: e garantisce il diritto della persona malata.

1. 3. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbroliini.

Al comma 1, dopo le parole: terapie del dolore aggiungere le seguenti: e di altre cause di sofferenza.

1. 6. Farina Coscioni.

Sostituire il comma 2 con il seguente:

2. Nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, è assicurato e

garantito alla persona malata il diritto di accesso alla rete di cure palliative al fine di assicurare il rispetto della dignità umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

1. 4. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbroliini.

Al comma 2, sopprimere le parole: , in particolare.

1. 13. Laura Molteni, Rondini, Munerato, Lussana.

Al comma 2, dopo le parole: il rispetto della aggiungere le seguenti: libertà e.

1. 7. Farina Coscioni.

Al comma 2, sostituire le parole: il bisogno di salute con le seguenti: il diritto alla salute.

1. 8. Farina Coscioni.

Al comma 3, lettera a), dopo la parola: tutela della aggiungere le seguenti: libertà e della.

1. 9. Farina Coscioni.

Al comma 3, lettera a), dopo le parole: dignità del paziente aggiungere le seguenti: senza discriminazioni per età, sesso e tipo di malattia.

1. 1. Bocciardo.

Al comma 3, lettera a), dopo le parole: dignità del paziente aggiungere le seguenti: senza alcuna discriminazione.

1. 1. (Nuova formulazione) Bocciardo.

(Approvato)

Al comma 3, lettera b), sostituire le parole: salvaguardia e valorizzazione con le seguenti: tutela e promozione.

1. 10. Farina Coscioni.

(Approvato)

Al comma 3, lettera b), sostituire le parole: nella fase terminale della malattia con le seguenti: in ogni fase della malattia compresa quella terminale.

1. 2. Bocciardo.

Al comma 3, lettera b), sostituire le parole: nella fase terminale della malattia con le seguenti: in tutte le fasi della malattia, con particolare attenzione all'accompagnamento nelle fasi avanzate e terminali della malattia.

1. 5. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbroliini.

Al comma 3, lettera c), dopo le parole: sostegno socio-sanitario, aggiungere le seguenti: e socio-assistenziale.

1. 11. Farina Coscioni.

Al comma 3, lettera c), sostituire le parole: sostegno socio-sanitario, con le se-

guenti: sostegno sanitario e socio assistenziale.

1. 11. (Nuova formulazione) Farina Coscioni.

(Approvato)

ART. 2.

Al comma 1, lettera a), dopo le parole: interventi terapeutici aggiungere la seguente: , diagnostici.

2. 4. Zeller, Brugger.

Al comma 1, lettera a), dopo le parole: non risponde più aggiungere le seguenti: o non ha a disposizione.

2. 1. Bocciardo.

Al comma 1, lettera a), dopo le parole: trattamenti specifici, aggiungere le seguenti: ; le cure palliative non sono ristrette al mero trattamento sintomatico né alla sola fase terminale della malattia: si tratta di un approccio multidisciplinare che inizia dal modo in cui la diagnosi viene comunicata e prosegue per tutta la durata della malattia fino al momento del lutto.

2. 7. Farina Coscioni.

Al comma 1, lettera b), dopo la parola: dolore, ovunque ricorra aggiungere le seguenti: e di altre cause di sofferenza.

2. 8. Farina Coscioni.

Al comma 1, lettera b), dopo le parole: percorso terapeutico per aggiungere le seguenti: la soppressione e.

2. 9. Farina Coscioni.

Al comma 1, sopprimere la lettera c).

2. 10. Farina Coscioni.

Al comma 1, lettera c), dopo le parole: pazienti oncologici aggiungere la seguente: adulti.

2. 2. Bocciardo.

Al comma 1, lettera d), sostituire le parole: cronica o evolutiva con le seguenti: o condizione ad andamento cronico ed evolutivo.

2. 3. Bocciardo.

Al comma 1, lettera d), dopo le parole: della vita aggiungere le seguenti: con una aspettativa di sopravvivenza limitata.

2. 11. Farina Coscioni.

Al comma 1, lettera e), sostituire le parole: all'assistenza palliativa con le seguenti: alla erogazione delle cure palliative, delle terapie del dolore e di altre cause di sofferenza.

2. 12. Farina Coscioni.

Al comma 1, dopo la lettera g), aggiungere la seguente:

*h) « assistenza domiciliare in cure palliative »: l'insieme degli interventi sanitari, sociosanitari ed assistenziali che garantiscono l'erogazione di cure palliative al domicilio della persona malata, per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia quelli delle *équipe* specialistiche di cure palliative, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta.*

2. 5. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbroliini.

Al comma 1, dopo la lettera g), aggiungere la seguente:

*h) « assistenza domiciliare in cure palliative »: la presa in carico totale del malato attraverso gli interventi socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l'erogazione delle cure palliative, delle terapie del dolore e di altre cause di sofferenza, a domicilio del paziente, sia per gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia per quelli dell'*équipe* multidisciplinare sia per l'assistenza di supporto per il paziente stesso e i suoi familiari, garantendo una continuità assistenziale 24 ore su 24.*

2. 13. Farina Coscioni.

Al comma 1, dopo la lettera g), aggiungere la seguente:

h) « day hospice »: articolazione organizzativa dei Centri residenziali di cure palliative-hospice che erogano prestazioni diagnostico-terapeutiche e assistenziali a ciclo diurno non eseguibili a domicilio.

2. 6. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbroliini.

ART. 3.

Sostituirlo con il seguente:

ART. 3.

(Programma pluriennale per il rafforzamento dell'assistenza nel settore delle cure palliative).

1. Con accordo da concludere in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della programmazione degli interventi sanitari e sociali, in relazione a quanto

previsto dai livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e in conformità agli obiettivi del Piano sanitario nazionale, le regioni adottano, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno specifico programma pluriennale per il rafforzamento dell'assistenza nel settore delle cure palliative rivolte al paziente adulto e a quello pediatrico.

2. Con l'accordo di cui al comma 1 sono individuati le strutture della rete delle cure palliative e i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi delle medesime, nonché le tipologie di assistenza da assicurare.

3. La rete di cure palliative di cui al comma 2 garantisce in via prioritaria assistenza e supporto a pazienti in fase terminale, a pazienti affetti da patologia neoplastica o da patologie degenerative con andamento progressivo in fase avanzata, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione non è possibile o appropriata nonché a pazienti affetti da patologie croniche gravi con compromissione della qualità della vita.

4. Al fine di consentire l'attuazione del programma di cui al comma 1, è autorizzata la spesa di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2009, 2010 e 2011 per la creazione di strutture regionali per il governo della rete di cure palliative.

3. 1. Di Virgilio, Barani.

Al comma 1, dopo le parole: la ripresa aggiungere le seguenti: e il completamento.

3. 8. Il Relatore.

Al comma 1, sostituire le parole: 2 milioni di euro con le seguenti: 200 milioni di euro.

Conseguentemente, all'articolo 17, comma 1, sostituire le parole da: pari a 5,4 milioni di euro fino alla fine del periodo con le seguenti: pari a 203,4 milioni di euro per ciascuno degli anni 2009, 2010 e

2011 e a 2,1 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012, si provvede, quanto a 3,4 milioni di euro, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2009-2011, 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 2009, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero, e, quanto a 200 milioni di euro mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 61, comma 1, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, relativa al Fondo per le aree sottoutilizzate, per un importo di 600 milioni di euro per l'anno 2009, di 400 milioni di euro per l'anno 2010 e di 200 milioni di euro per l'anno 2011, al fine di compensare gli effetti sui saldi di finanza pubblica.

3. 7. Laura Molteni, Rondini, Munerato, Lussana.

Al comma 1, sostituire le parole: 2 milioni con le seguenti: 4 milioni.

Conseguentemente, dopo il comma 5, aggiungere il seguente: 5-bis. Ai maggiori oneri derivanti dall'articolo 3, comma 1, in misura pari a 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2009, 2010, 2011, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto ai fini del bilancio triennale 2009-2011, 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 2009, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

3. 3. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbroliini.

Al comma 1, sostituire le parole: 2 milioni con le seguenti: 4 milioni.

3. 6. Farina Coscioni.

Al comma 1, dopo le parole: 26 febbraio 1999, n. 39, aggiungere le seguenti: e tenuto conto dell'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome sottoscritto il 20 marzo 2008 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, riguardante le cure palliative in età pediatrica,.

3. 2. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbroli-
lini.

Al comma 1, aggiungere in fine le seguenti parole: , in aggiunta alle risorse di cui all'articolo 17, comma 2.

3. 9. Il Relatore.

Sostituire il comma 2 con il seguente:

2. Con accordo da concludere 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 pluriennale per la ripresa e il completamento, in ciascuna regione e provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, degli interventi di cui al comma 1.

3. 10. Il Relatore.

Al comma 2, aggiungere, in fine, le seguenti parole: con particolare riguardo alla realizzazione di strutture e di reparti dedicati all'assistenza palliativa in età pediatrica.

3. 4. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbroli-
lini.

Al comma 3, aggiungere in fine le seguenti parole: , che costituiscono la rete di cure palliative.

3. 11. Il Relatore.

Sostituire il comma 4 con il seguente:

4. Con il medesimo accordo di cui al comma 2, sono definiti i criteri e le modalità per la redazione dei progetti regionali alla cui presentazione è subordinato l'accesso alle risorse di cui al comma 1.

3. 12. Il Relatore.

*Al comma 4, dopo le parole: di cui al comma 1 è aggiungere la seguente: inde-
rogabilmente.*

3. 5. Palagiano, Mura.

Sopprimere il comma 5.

3. 13. Il Relatore.

ART. 4.

*Al comma 1, sostituire le parole: pro-
muove nel triennio 2009-2011 con le se-
guenti: le regioni e le province autonome
di Trento e Bolzano, negli ambiti di pro-
pria competenza promuovono.*

4. 5. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbroli-
lini.

*Al comma 1, dopo le parole: in materia
di aggiungere le seguenti: cure palliative e.*

*Conseguentemente, dopo la parola: de-
generative, aggiungere le seguenti: e di cure
palliative.*

4. 7. Farina Coscioni.

Al comma 1, sostituire le parole: e degenerative con le seguenti: , degenerative e rare.

4. 1. Bocciardo.

Al comma 1, dopo le parole: e la collaborazione dei medici di medicina generale aggiungere le seguenti: e dei pediatri di libera scelta.

4. 2. Bocciardo.

Al comma 1, dopo le parole: nella tutela dei diritti aggiungere le seguenti: dei pazienti.

4. 3. Bocciardo.

Al comma 1, dopo le parole: nell'assistenza nel settore delle cure palliative aggiungere le seguenti: e delle malattie rare.

4. 4. Bocciardo.

Al comma 2, sostituire le parole: per la promozione della cultura con le seguenti: per la conoscenza delle cure palliative,.

4. 6. Farina Coscioni.

ART. 5.

Sostituire il comma 1, con il seguente:

1. Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze degli utenti del Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della programmazione degli interventi sanitari e sociali, in relazione a quanto previsto dai livelli essenziali d'assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e in conformità agli obiettivi del Piano sanitario nazionale, il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, con proprio decreto, en-

tro tre mesi dalla data di approvazione della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, istituisce la rete di cure palliative, di seguito denominata « rete ».

5. 4. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Lenzi, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbröllini.

Al comma 1, sopprimere le parole: , di seguito denominata « rete ».

5. 9. Il Relatore.

Al comma 2, lettera c), e ovunque ricorra nel testo, sostituire le parole: Centro di telemedicina, con le seguenti: Centro di teleassistenza.

5. 6. Palagiano, Mura.

Al comma 2, lettera f) dopo le parole: medicina generale aggiungere le seguenti: e pediatra di libera scelta.

5. 2. Bocciardo.

Al comma 4, dopo la lettera g), aggiungere la seguente:

g-bis) garantire ai familiari che assistono al proprio domicilio i malati terminali, di cui all'articolo 2, comma 1, lettera d), un sussidio giornaliero di assistenza per un periodo massimo di quattro settimane. L'importo del sussidio sarà fissato di concerto con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e del Ministro dell'economia e delle finanze, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

5. 3. Mussolini, Di Virgilio.

Dopo il comma 4, aggiungere il seguente:

4-bis. La rete integra e coordina le proprie attività con le altre strutture, servizi e reti funzionali operanti nell'ambito della stessa regione e dello stesso territorio. In particolare, integra la propria attività e disponibilità di competenze e figure professionali, quando richiesto, attraverso il collegamento stabile con le reti dei centri di riferimento, dei presidi ospedalieri e dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali distrettuali.

5. 1. Bocciardo.

Sopprimere i commi 8 e 9.

5. 8. Laura Molteni, Rondini, Munerato, Lussana.

Al comma 8, sostituire le parole: 2 milioni con le seguenti: 5 milioni.

5. 7. Farina Coscioni.

Al comma 8, sostituire le parole: 2 milioni con le seguenti: 4 milioni.

Conseguentemente, dopo il comma 9, aggiungere il seguente:

9-bis) Ai maggiori oneri derivanti dall'articolo 5, comma 8, in misura pari a 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2009, 2010 e 2011, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto ai fini del bilancio triennale 2009-2011, 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 2009, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

5. 5. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Lenzi, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbröllini.

ART. 6.

Al comma 1, sopprimere le parole: all'interno delle strutture di assistenza residenziale.

6. 4. Palagiano, Mura.

Al comma 2, lettera d), dopo le parole: della sua situazione sociale e familiare aggiungere le seguenti: e partecipa, attraverso unità valutative multidimensionali, alla definizione di adeguati piani assistenziali per ciascun paziente.

6. 1. Bocciardo.

Al comma 3, sostituire le parole: in fase terminale con le seguenti: bisognosi di cure palliative.

6. 2. Bocciardo.

Al comma 3, dopo le parole: un infermiere aggiungere le seguenti: uno psicologo.

6. 3. Bocciardo.

ART. 7.

Sostituire il comma 1, con il seguente:

1. L'*équipe* multidisciplinare che opera nella rete è composta da un neurologo, da un oncologo, da un anestesista rianimatore, da un pneumologo, da un gastroenterologo e da un infermiere in collaborazione con il medico di medicina generale che conosce il malato.

7. 11. Farina Coscioni.

Al comma 1, sopprimere le parole: , preferibilmente anestesista o oncologo,.

7. 1. Bocciardo.

Al comma 1, sostituire le parole, preferibilmente anestesista o oncologo, con le seguenti: specialista in anestesia o oncologia.

7. 2. Palumbo.

Al comma 1, dopo le parole: con il medico di medicina generale aggiungere le seguenti: o con il pediatra di libera scelta.

7. 3. Bocciardo.

Al comma 2, dopo la parola: psicologo, aggiungere le seguenti: logopedista, terapeuta della deglutizione.

7. 12. Farina Coscioni.

Al comma 2, dopo la parola: psicologo aggiungere le seguenti: , pediatra o altro medico specialista con specifica competenza e dedicata attività.

7. 4. Bocciardo.

Al comma 3, alinea, sostituire le parole: o con il medico della divisione ospedaliera a cui afferisce il paziente con le seguenti: o con il pediatra di libera scelta e il responsabile dei servizi distrettuali o con il medico del centro di riferimento o della unità complessa ospedaliera a cui afferisce il paziente.

7. 5. Bocciardo.

Al comma 3, alinea, sostituire la parola: divisione con la seguente: struttura.

7. 7. Di Virgilio, Mussolini, Barani.

Al comma 3, lettera a), sostituire la parola: multidimensionale con la seguente: multidisciplinare.

7. 10. Palagiano, Mura.

Al comma 3, lettera a), sostituire le parole: sistema assistenziale con le seguenti: livello assistenziale.

7. 8. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Lenzi, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbroliini.

Al comma 3, sostituire la lettera d) con la seguente:

d) prescrive le cure palliative, la terapia del dolore e di altre cause di sofferenza e ne controlla l'erogazione e l'efficacia.

7. 13. Farina Coscioni.

Al comma 3, sostituire la lettera d) con la seguente:

d) prescrive e somministra le cure palliative e la terapia del dolore e ne controlla l'erogazione e l'efficacia.

7. 9. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Lenzi, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbroliini.

Al comma 3, lettera d), dopo le parole: somministra la terapia del dolore aggiungere le seguenti: e il trattamento degli altri sintomi.

7. 6. Bocciardo.

ART. 8.

Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Al paziente viene offerto un collegamento audiovisivo continuo, mediato da una centrale operativa del centro di telemedicina, con le varie figure professionali coinvolte.

8. 3. Farina Coscioni.

Al comma 2, sostituire la lettera a) con la seguente: a) monitora con l'impiego delle opportune apparecchiature e tecnologie (videofonia, webcamera), installate presso il domicilio del paziente, la situazione clinica del malato, permettendo l'assistenza a distanza.

8. 4. Farina Coscioni.

Al comma 2, lettera a), dopo le parole: maggiore di 50 aggiungere le seguenti: o di altri indici analoghi in uso per malati in età pediatrica o affetti da patologie non oncologiche ma richiedenti cure palliative.

8. 1. Bocciardo.

Al comma 2, lettera b), sostituire la parola: organizza con la seguente: coordina.

8. 5. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Lenzi, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbrollini.

Al comma 3, sopprimere la parola: infermieristico.

8. 2. Bocciardo.

ART. 9.

Al comma 1, alinea, dopo le parole: possono accedere aggiungere le seguenti: in via prioritaria.

9. 4. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Lenzi, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbrollini.

Al comma 1, sostituire la lettera a) con la seguente:

a) patologia cronica o evolutiva, a prognosi infausta, senza possibilità di guarigione, con una aspettativa di sopravvi-

venza limitata, per la quale ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile né appropriata;

9. 6. Farina Coscioni.

Al comma 1, lettera a), sostituire le parole: a rapida evoluzione con le seguenti: a inarrestabile evoluzione, e le parole: dolore cronico con le seguenti: dolore severo.

9. 5. Palagiano, Mura.

Al comma 1, dopo le parole: associata a dolore cronico aggiungere le seguenti: o ad altri sintomi ugualmente pervasivi e inficianti la qualità della sopravvivenza e la dignità della persona.

9. 1. Bocciardo.

Al comma 1, sopprimere la lettera b).

9. 7. Farina Coscioni.

Al comma 1, lettera b), dopo le parole: minore o uguale a 50 aggiungere le seguenti: analoga compromissione delle condizioni generali del paziente definite da indici in uso per malati in età pediatrica o con patologie non oncologiche di cui al comma 2, lettera a) e dell'articolo 8.

9. 2. Bocciardo.

Al comma 1, lettera c), dopo le parole: richiesta del medico di medicina generale aggiungere le seguenti: dal pediatra di libera scelta o dal responsabile dei servizi distrettuali.

9. 3. Bocciardo.

Al comma 2, sostituire la lettera d) con la seguente:

d) consenso informato, prestato in modo libero e consapevole da parte del malato, che può sempre essere revocato, anche parzialmente, e, in caso di soggetti incapaci, dall'amministratore di sostegno o dal tutore, ove siano stati nominati, o in mancanza di questi, nell'ordine: dal coniuge non separato legalmente o di fatto, dal convivente, dai figli, dai genitori, dai parenti entro il quarto quadro, che agiscono nell'esclusivo e migliore interesse dell'incapace, tenendo conto della volontà espressa da questo ultimo in precedenza, nonché dei valori e delle convinzioni notoriamente proprie della persona in stato di incapacità, e, in caso di minori, dagli esercenti la potestà parentale, la tutela o l'amministrazione di sostegno.

9. 8. Farina Coscioni.

ART. 10.

Sostituire l'articolo 10 con il seguente:

ART. 10.

(Progetto Ospedale-Territorio senza dolore e Rete di terapia del dolore).

1. Per la completa attuazione, nel triennio 2009-2011, del progetto « Ospedale senza dolore » di cui all'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome, 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, che assume la denominazione di « Ospedale-Territorio senza dolore », da realizzare mediante la riconversione in strutture di terapia del dolore di strutture sanitarie sulle terapie del dolore, è autorizzata la spesa di 1 milione di euro, in aggiunta alle risorse di cui all'articolo 17, comma 2.

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.

3. Al fine di garantire pienamente ai malati il diritto di accedere alle terapie del dolore è istituita la rete di terapia del dolore.

4. Fanno parte della rete di terapia del dolore le strutture ospedaliere, le strutture sanitarie territoriali e le aggregazioni funzionali territoriali dei medici di medicina generale. Con l'accordo di cui al comma 2 sono individuati i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi delle strutture che fanno parte della rete di terapia del dolore nonché le modalità e gli indicatori per la verifica dello stato di attuazione del progetto di cui al comma 1.

10. 2. Il Relatore.

Al comma 1, sostituire le parole: 1 milione di euro con le seguenti: 6 milioni di euro.

Conseguentemente, all'articolo 17, comma 1, sostituire le parole: 5,4 milioni con le seguenti: 10,4 milioni.

10. 1. Laura Molteni, Rondini, Munerato, Lussana.

ART. 11.

Sostituirlo con il seguente:

ART. 11.

(Norme cedevoli e linee guida per il coordinamento degli interventi regionali in materia di cure palliative o terapia del dolore).

1. Le disposizioni degli articoli da 5 a 9 e degli articoli 12 e 13 della presente legge sono valide come norme cedevoli solo in assenza di normativa regionale per il coordinamento degli interventi e delle misure in essi disciplinate.

2. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, verifica con cadenza almeno annuale lo stato di attuazione della presente legge e, con intesa da adottarsi ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, definisce le linee guida per il coordinamento degli interventi regionali negli ambiti di cui agli articoli da 5 a 9, 12 e 13 della presente legge.

11. 1. Laura Molteni, Rondini, Munerato, Lussana.

Sostituire la rubrica con la seguente:

(Coordinamento della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore).

11. 2. Il Relatore.

Dopo l'articolo 11 aggiungere il seguente:

ART. 11-bis.

(Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica).

1. All'interno della cartella clinica, medica e infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie del Servizio sanitario nazionale, sono inserite le caratteristiche del dolore rilevato, della sua evoluzione nel corso del ricovero e dell'entità del risultato antalgico conseguito.

2. In ottemperanza alle linee guida del progetto « Ospedale senza dolore », previste dall'Accordo sancito tra il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, le regioni e le province autonome, di cui al provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 24 maggio 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 149 del 29 giugno 2001, le strutture sanitarie hanno facoltà di scegliere lo strumento più adeguato, tra quelli validati, per la valutazione e la

rilevazione del dolore da riportare obbligatoriamente all'interno delle cartelle cliniche usate in ambito sia ospedaliero sia territoriale nelle condizioni di assistenza domiciliare e nelle strutture sanitarie protette, ai sensi del comma 1 del presente articolo.

11. 01. Di Virgilio, Barani.

ART. 12.

Al comma 1, lettera b), dopo le parole: misure minime: aggiungere le seguenti: un dirigente medico specialista in anestesia o oncologia al quale è affidata la responsabilità della struttura;

12. 1. Palumbo.

Al comma 1, lettera b), sostituire le parole: ogni cinque pazienti con le seguenti: ogni due pazienti.

12. 3. Farina Coscioni.

Al comma 1, lettera d), dopo le parole: per il trattamento del dolore severo aggiungere le seguenti: o degli altri sintomi di cui al comma 1, lettera a), dell'articolo 9.

12. 2. Bocciardo.

ART. 13.

Al comma 2, dopo le parole: con il medico di medicina generale aggiungere le seguenti: o il pediatra di libera scelta, i servizi territoriali coinvolti e gli eventuali centri di riferimento o servizi ospedalieri specialistici in cui il malato è stato assistito.

13. 1. Bocciardo.

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

2-bis. All'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo, si provvede con 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2009, 2010 e 2011, da ripartire con i criteri adottati per il Fondo sanitario nazionale. All'onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2009-2011, 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 2009, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

13. 2. Palagiano, Mura.

ART. 14.

Alla rubrica, dopo le parole: cure palliative aggiungere le seguenti: e sulle terapie del dolore.

14. 6. Di Virgilio, Barani.

Al comma 1, dopo le parole: a patologie croniche degenerative aggiungere le seguenti: e a malattie rare.

14. 1. Bocciardo.

Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Con il medesimo decreto viene definito un programma formativo obbligatorio, con certificazione formale, con particolare riferimento al personale sanitario e socio-sanitario, non laureato in medicina e chirurgia.

14. 8. Palagiano, Mura.

Al comma 2, sostituire le parole da: prevede l'aggiornamento periodico obbligatorio fino alla fine del periodo, con le seguenti: , in sede di individuazione degli

obiettivi di formazione nazionale del sistema, promuove il conseguimento, da parte del personale medico e sanitario impegnato nella terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative e nell'assistenza nel settore delle cure palliative, e in particolare di medici ospedalieri, medici specialisti ambulatoriali territoriali, medici di medicina generale e di continuità assistenziale, di crediti formativi su percorsi assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali.

Conseguentemente, sopprimere i commi 3 e 4.

14. 10. Laura Molteni, Rondini, Munerato, Lussana.

Al comma 2, dopo la parola: impegnato aggiungere le seguenti: nelle cure palliative e nella terapie del dolore e di altre cause di sofferenza,.

14. 9. Farina Coscioni.

Al comma 2, dopo le parole: patologie croniche degenerative aggiungere le seguenti: e malattie rare.

14. 2. Bocciardo.

Al comma 2, dopo le parole: a specialisti ambulatoriali territoriali aggiungere le seguenti: altri medici dipendenti dei servizi distrettuali.

14. 3. Bocciardo.

Al comma 2, dopo le parole: medici di medicina generale e di continuità assistenziale aggiungere le seguenti: e pediatri di libera scelta.

14. 4. Bocciardo.

Al comma 3, dopo le parole: a patologie croniche degenerative *aggiungere le seguenti:* e a malattie rare.

14. 5. Bocciardo.

Al comma 4, sostituire le parole: cinque anni *con le seguenti:* tre anni.

14. 7. Zeller, Brugger.

Al comma 5, sostituire le parole: definisce i percorsi formativi per i volontari della rete, *con le seguenti:* definisce i percorsi formativi omogenei su tutto il territorio nazionale per i volontari che operano nella rete per le cure palliative.

14. 11. Palagiano, Mura.

Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:

5-bis. Il Ministro dell'istruzione dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce con decreto le modalità di accesso a concorsi riservati al fine di stabilizzare il personale dirigente medico non in possesso di diploma di specializzazione operante nella rete delle cure palliative.

14. 12. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Lenzi, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbrollini.

ART. 15.

Al comma 1 sopprimere le parole: nell'anno 2009.

15. 8. Il Relatore.

Al comma 1, alinea, sostituire le parole: nell'anno 2009 *con le seguenti:* entro tre

mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

15. 4. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Lenzi, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbrollini.

Al comma 1, alinea, dopo le parole: Osservatorio nazionale *aggiungere le seguenti:* sulle cure palliative e.

15. 6. Farina Coscioni.

Al comma 1, alinea, dopo le parole: l'Agenzia italiana del farmaco e l'Istituto superiore di sanità *aggiungere le seguenti:* e le Regioni.

15. 1. Bocciardo.

Al comma 1, lettera e), aggiungere, in fine, le seguenti parole: , l'adeguatezza dei sistemi tariffari e l'utilizzo dei fondi nazionali finalizzati allo sviluppo delle cure palliative.

15. 5. Palagiano, Mura.

Al comma 2, dopo le parole: al Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali *inserire le seguenti:* e alle Regioni.

15. 7. Laura Molteni, Rondini, Munerato, Lussana.

Al comma 2, dopo le parole: a patologie croniche degenerative *aggiungere le seguenti:* e a malattie rare.

15. 2. Bocciardo.

Al comma 3, dopo le parole: a patologie croniche degenerative *aggiungere le seguenti:* e a malattie rare.

15. 3. Bocciardo.

Al comma 5 sostituire le parole: 100 mila con le seguenti: 500 mila.

15. 9. Il Relatore.

ART. 16.

Al comma 1, lettera a), capoverso 4-bis, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Consiglio superiore di Sanità, può, con proprio decreto, aggiornare l'elenco dei farmaci di cui all'Allegato III-bis.

16. 2. Palagiano, Mura.

Al comma 1, sostituire lettera b) con le seguenti:

b) all'articolo 43, comma 7, le parole da: « in corso di patologia » fino a: « da oppiacei » sono sostituite dalle seguenti: « o che necessitano di trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei » e le parole: « nell'allegato III-bis » sono sostituite dalle seguenti: « nella tabella II, sezione A »;

b-bis) all'articolo 43, comma 8, le parole: « nell'allegato III-bis » sono sostituite dalle seguenti: « nella tabella II, sezione A » e le parole da: « in corso di patologia » fino a: « da oppiacei » sono sostituite dalle seguenti: « o che necessitano di trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei ».

16. 1. Palagiano, Mura.

Dopo l'articolo 16, inserire il seguente:

ART. 16-bis.

(Relazione annuale al Parlamento).

1. Il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, entro il 30 aprile di ogni anno, presenta una relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato di attuazione della presente legge nonché

sullo stato di attuazione dell'articolo 1, comma 796, lettera n), della legge n. 296 del 2006 in ordine allo stanziamento finanziario per la realizzazione di strutture residenziali e l'acquisizione di tecnologie per gli interventi territoriali dedicati alle cure palliative, ivi comprese quelle relative alle patologie degenerative neurologiche croniche invalidanti e all'avvio di programmi di assistenza domiciliare nel campo delle cure palliative.

2. A tal fine le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono al Ministro, entro il 28 febbraio di ciascun anno, tutti i dati relativi agli interventi di loro competenza disciplinati dalla presente legge sia quelli relativi all'attuazione dell'articolo 1, comma 796, lettera n) della legge n. 296 del 2006 atti alla realizzazione di strutture residenziali e all'acquisto di tecnologie per gli interventi territoriali dedicati alle cure palliative.

16. 01. Livia Turco, Argentin, Binetti, Bossa, Bucchino, Calgaro, D'Incecco, Lenzi, Grassi, Miotto, Mosella, Murer, Pedoto, Sbrollini.

ART. 17.

Al comma 1, sostituire le parole: pari a 5,4 milioni con le seguenti: pari a 4,8 milioni e le parole: 2,1 milioni con le seguenti: 2,5 milioni.

17. 1. Il Relatore.

Dopo il comma 1, aggiungere i seguenti:

2. Per la realizzazione delle finalità di cui alla presente legge, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, il Governo e le regioni, in coerenza con il vigente Piano sanitario

nazionale, stipulano una intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.

3. L'intesa di cui al comma 1 prevede la destinazione di una quota delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, pari a 4,5 mi-

lioni per gli interventi di cui all'articolo 3 e a 55 milioni di euro per quelli di cui all'articolo 10, per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, nell'ambito delle disponibilità finanziarie complessive per il Servizio sanitario nazionale.

17. 2. Il Relatore.