

Scheda sulla Legge

“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”

(approvata il 9 marzo 2010, in attesa di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale)

La nuova Legge sulle cure palliative e sulle terapie del dolore è stata approvata il 9 marzo 2010 dalla Camera, praticamente all'unanimità: con 476 voti a favore e due astensioni.

Il provvedimento interessa più di 250 mila famiglie di malati cronici e 11 mila bambini (oltre il 50% colpito da malattie tumorali). Sono spesso persone che affrontano le fasi avanzate di una patologia non guaribile e muoiono dopo inutili sofferenze. L'ultimo “Rapporto sullo stato di salute del Paese e del Servizio Sanitario Nazionale” ci dice che è grave la carenza di strutture per le cure palliative. E il rapporto 2007 sugli Hospice (Ministero della Salute) segnala che l'offerta di posti letto copre meno del 45% del fabbisogno programmato, con enormi differenze tra regioni.

La Legge colma finalmente una grave lacuna, con la definizione chiara della rete delle cure palliative, distinta da quella della terapia del dolore, la ulteriore precisazione sulle cure palliative come livelli essenziali di assistenza, la semplificazione nella prescrizione dei farmaci antidolore, la formazione specifica rivolta al personale, l'istituzione di un monitoraggio ministeriale dell'attuazione della rete.

Le cure palliative sono definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come *“... un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale ...”*

Con le cure palliative la questione cruciale è dunque riconoscere il diritto di ogni persona a vivere sino all'ultimo istante con dignità e con la minore sofferenza possibile. Questo diritto non si afferma “spontaneamente” ma - e di questo si occupa la legge - solo se l'assistenza è organizzata, se la programmazione regionale e locale dedica attenzione adeguata e se garantisce risorse. Perché servono operatori con professionalità elevata, capaci di relazioni difficili, con persone – malati e familiari – che stanno soffrendo o si avvicinano alla morte.

In questo ambito, è particolarmente significativo il lavoro degli operatori, nel quale il gesto tecnico e la relazione umana con l'ammalato sono componenti inscindibili della professionalità e qualificano l'assistenza. Certamente è un'assistenza più impegnativa ma anche immensamente più ricca, per chi la esercita e per chi la riceve. Un'assistenza in cui ha evidenza scientifica la maggiore efficacia dell'approccio globale, dove lo sguardo clinico diventa sguardo alla persona e all'insieme dei suoi bisogni fisici, psicologici, sociali, affettivi. Un modello assistenziale impraticabile senza riconoscere la soggettività del malato.

La legge sulle cure palliative e sulla terapia del dolore può così aiutarci a ritrovare la dimensione più autentica dell'assistenza sanitaria. Ora inizia il compito più impegnativo, attuarla.

Stefano Cecconi

18 marzo 2010

Testo della Legge DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE	Illustrazione
<p>Art. 1. (Finalità).</p> <p>1. La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.</p> <p>2. È tutelato e garantito, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, come definito dall'articolo 2, comma 1, lettera c), nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla <i>Gazzetta Ufficiale</i> n. 33 dell'8 febbraio 2002, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona 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.</p> <p>3. Per i fini di cui ai commi 1 e 2, le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:</p> <p>a) tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;</p> <p>b) tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;</p> <p>c) adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ La legge tutela "il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore" confermando che queste prestazioni sanitarie sono comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). ○ Le strutture dedicate a queste attività dovranno assicurare un "programma di cura individuale per il malato e la sua famiglia" rispettando principi fondamentali: <ul style="list-style-type: none"> – tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione, – tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine; – adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.
<p>Art. 2. (Definizioni). 1. Ai fini della presente legge si intende per:</p> <p>a) «cure palliative»: l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici;</p> <p>b) «terapia del dolore»: l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore;</p> <p>c) «malato»: la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa;</p> <p>d) «reti»: la rete nazionale per le cure palliative e la rete nazionale per la terapia del dolore, volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e 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, dedicati all'erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari;</p> <p>e) «assistenza residenziale»: l'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali nelle cure palliative erogati ininterrottamente da <i>équipe</i> multidisciplinari presso una struttura, denominata «<i>hospice</i>»;</p> <p>f) «assistenza domiciliare»: l'insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l'erogazione di cure palliative e di terapia del dolore al domicilio della persona malata, per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia quelli delle <i>équipe</i> specialistiche di cure palliative, di cui il medico di medicina generale è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta;</p> <p>g) «<i>day hospice</i>»: l'articolazione organizzativa degli <i>hospice</i> che eroga prestazioni diagnostico-terapeutiche e assistenziali a ciclo diurno non eseguibili a domicilio.</p> <p>h) «assistenza specialistica di terapia del dolore»: l'insieme degli interventi sanitari e assistenziali di terapia del dolore erogati in regime ambulatoriale, di <i>day hospital</i> e di ricovero ordinario e sul territorio da <i>équipe</i> specialistiche.</p>	<p>Vengono precisate le definizioni di</p> <ul style="list-style-type: none"> – “cure palliative,” – “terapie del dolore”, – “malato”, – “reti” – “assistenza residenziale e domiciliare”, – “day hospice”, – assistenza specialistica di terapia del dolore”

<p>Art. 3. <i>(Competenze del Ministero della salute e della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano).</i></p> <p>1. Le cure palliative e la terapia del dolore costituiscono obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni.</p> <p>2. Nel rispetto delle disposizioni sul riparto delle competenze in materia tra Stato e regione, il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, definisce le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali negli ambiti individuati dalla presente legge, previo parere del Consiglio superiore di sanità, tenuto conto anche dell'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in materia di cure palliative pediatriche sottoscritto il 27 giugno 2007 e del documento tecnico sulle cure palliative pediatriche approvato il 20 marzo 2008 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.</p> <p>3. L'attuazione dei principi della presente legge in conformità alle linee guida definite ai sensi del comma 2 costituisce adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato.</p> <p>4. Il Comitato paritetico permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 dell'intesa sottoscritta il 23 marzo 2005 tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario alla <i>Gazzetta Ufficiale</i> n. 105 del 7 maggio 2005, valuta annualmente lo stato di attuazione della presente legge, con particolare riguardo all'appropriatezza e all'efficienza dell'utilizzo delle risorse e alla verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Il Ministero della Salute predisporrà apposite linee guida per promuovere e coordinare gli interventi regionali in materia, in attuazione degli Accordi Stato Regioni già esistenti in materia di cure palliative. ○ L'attuazione dei principi della Legge e delle linee guida costituisce adempimento obbligatorio delle regioni per accedere al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale. ○ Il comitato nazionale di verifica LEA valuta annualmente l'effettiva attuazione della Legge
<p>Art. 4. <i>(Campagne di informazione).</i></p> <p>1. Il Ministero della salute, d'intesa con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, promuove nel triennio 2010-2012 la realizzazione di campagne istituzionali di comunicazione destinate a informare i cittadini sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, anche attraverso il coinvolgimento e la collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, delle farmacie pubbliche e private nonché delle organizzazioni private senza scopo di lucro impegnate nella tutela dei diritti in ambito sanitario ovvero operanti sul territorio nella lotta contro il dolore e nell'assistenza nel settore delle cure palliative.</p> <p>2. Le campagne di cui al comma 1 promuovono e diffondono nell'opinione pubblica la consapevolezza della rilevanza delle cure palliative, anche delle cure palliative pediatriche, e della terapia del dolore, al fine di promuovere la cultura della lotta contro il dolore e il superamento del pregiudizio relativo all'utilizzazione dei farmaci per il trattamento del dolore, illustrandone il fondamentale contributo alla tutela della dignità della persona umana e al supporto per i malati e per i loro familiari.</p> <p>3. Per la realizzazione delle campagne di cui al presente articolo è autorizzata la spesa di 50.000 euro per l'anno 2010 e di 150.000 euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ministero della Salute e Conferenza delle Regioni nel 2010/2012 promuoveranno la "campagne di informazione ai cittadini" sull'accesso ai programmi di assistenza. ○ Con uno stanziamento previsto di 50.000 euro per il 2010, 150.000 per il 2011, 150.000 per il 2012

<p>Art. 5. <i>(Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore).</i></p> <p>1. Al fine di consentire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze del malato in conformità agli obiettivi del Piano sanitario nazionale e comunemente garantendo i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il Ministero della salute attiva una specifica rilevazione sui presidi ospedalieri e territoriali e sulle prestazioni assicurati in ciascuna regione dalle strutture del Servizio sanitario nazionale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di promuovere l'attivazione e l'integrazione delle due reti a livello regionale e nazionale e la loro uniformità su tutto il territorio nazionale.</p> <p>2. Con accordo stipulato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute, sono individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali. Con il medesimo accordo sono altresì individuate le tipologie di strutture nelle quali le due reti si articolano a livello regionale, nonché le modalità per assicurare il coordinamento delle due reti a livello nazionale e regionale.</p> <p>3. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della salute, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, mediante intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati <i>standard</i> strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie. Per le cure palliative e la terapia del dolore in età pediatrica, l'intesa di cui al precedente periodo tiene conto dei requisiti di cui all'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sottoscritto il 27 giugno 2007 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e del documento tecnico approvato il 20 marzo 2008.</p> <p>4. L'intesa di cui al comma 3 prevede, tra le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento come struttura appartenente alle due reti, quelle volte a consentire l'integrazione tra le strutture di assistenza residenziale e le unità operative di assistenza domiciliare. La medesima intesa provvede a definire un sistema tariffario di riferimento per le attività erogate dalla rete delle cure palliative e dalla rete della terapia del dolore per permettere il superamento delle difformità attualmente presenti a livello interregionale e per garantire una omogenea erogazione dei livelli essenziali di assistenza.</p> <p>5. All'attuazione del presente articolo si provvede, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ In base ad una rilevazione sulle strutture esistenti in ciascuna regione, sul territorio nazionale saranno attivate due reti: una per le cure palliative e una per la terapia del dolore. ○ Entro tre mesi, con Accordo Stato Regioni saranno individuate le figure professionali con specifiche competenze in materia di cure palliative e terapia del dolore e le due tipologie di strutture. ○ Entro tre mesi, con Intesa Stato Regioni saranno indicati i requisiti e gli standard qualitativi e quantitativi (compresa la pianta organica adeguata alle necessità della popolazione residente), necessari alle strutture per fare parte delle due reti (accreditamento) e sarà definito un tariffario nazionale per queste cure.
<p>Art. 6. <i>(Progetto «Ospedale-Territorio senza dolore»).</i></p> <p>1. Al fine di rafforzare l'attività svolta dai Comitati «Ospedale senza dolore» isti-tuiti in attuazione del progetto «Ospedale senza dolore» di cui all'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 24 maggio 2001, pubblicato nella <i>Gazzetta Ufficiale</i> n. 149 del 29 giugno 2001, che assume la denominazione di progetto «Ospedale-Territorio senza dolore», è autorizzata la spesa di 1.450.000 euro per l'anno 2010 e di 1.000.000 di euro per l'anno 2011.</p> <p>2. 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, le risorse di cui al comma 1 sono ripartite e destinate a iniziative, anche di carattere formativo e sperimentale, volte a sviluppare il coordinamento delle azioni di cura del dolore favorendone l'integrazione a livello territoriale.</p> <p>3. Con l'accordo di cui al comma 2 sono altresì stabiliti modalità e indicatori per la verifica dello stato di attuazione a livello regionale del progetto di cui al comma 1.</p>	<p>Per il Progetto “Ospedale Territorio senza dolore” vengono stanziati 1.450.000 euro per il 2010 e 1 milione per il 2011, da ripartire, con Accordo Stato Regioni.</p>
<p>Art. 7. <i>(Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica).</i></p> <p>1. All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.</p> <p>2. In ottemperanza alle linee guida del progetto «Ospedale senza dolore», previste dall'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 24 maggio 2001, pubblicato nella <i>Gazzetta Ufficiale</i> n. 149 del 29 giugno 2001, le strutture sanitarie hanno facoltà di scegliere gli strumenti più adeguati, tra quelli validati, per la valutazione e la rilevazione del dolore da riportare all'interno della cartella clinica ai sensi del comma 1.</p>	<p>Obbligo di riportare la rilevazione del dolore nella cartella clinica</p>

<p>Art. 8. (Formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore).</p> <p>1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, individua con uno o più decreti i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative. Con i medesimi decreti sono individuati i criteri per l'istituzione di <i>master</i> in cure palliative e nella terapia del dolore.</p> <p>2. In sede di attuazione dei programmi obbligatori 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, costituita ai sensi dell'articolo 2, comma 357, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, prevede che l'aggiornamento periodico del personale medico, sanitario e socio-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 e pediatri di libera scelta, si realizzi attraverso il conseguimento di crediti formativi su percorsi assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali.</p> <p>3. L'accordo di cui all'articolo 5, comma 2, individua i contenuti dei percorsi formativi obbligatori ai sensi della normativa vigente ai fini dello svolgimento di attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro operanti nell'ambito delle due reti per le cure palliative e per la terapia del dolore, ivi inclusi i periodi di tirocinio obbligatorio presso le strutture delle due reti.</p> <p>4. In sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute, mediante intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sentite le principali società scientifiche e organizzazioni senza scopo di lucro operanti nel settore delle cure palliative e della terapia del dolore, sono definiti percorsi formativi omogenei su tutto il territorio nazionale per i volontari che operano nell'ambito delle due reti.</p> <p>5. All'attuazione del presente articolo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ I Ministeri dell'Istruzione e della Salute con appositi Decreti, dovranno indicare "specifici percorsi formativi" e istituire un master per preparare il personale. Saranno adeguati anche i programmi obbligatori di formazione continua. ○ L'Accordo Stato Regioni (vedi articolo 5) dovrà definire i percorsi formativi obbligatori del personale che opera nelle strutture. Anche per i volontari sono previsti percorsi formativi.
<p>Art. 9. (Monitoraggio ministeriale per le cure palliative e per la terapia del dolore).</p> <p>1. Presso il Ministero della salute è attivato, eventualmente anche attraverso l'istituzione di una commissione nazionale, avvalendosi delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, il monitoraggio per le cure palliative e per la terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano forniscono tutte le informazioni e i dati utili all'attività del Ministero e possono accedere al complesso dei dati e delle informazioni in possesso del Ministero. Il Ministero, alla cui attività collaborano l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, la Commissione nazionale per la formazione continua, l'Agenzia italiana del farmaco e l'Istituto superiore di sanità, fornisce anche alle regioni elementi per la valutazione dell'andamento della prescrizione dei farmaci utilizzati per la terapia del dolore, del livello di attuazione delle linee guida di cui all'articolo 3, comma 2, nonché dello stato di realizzazione e di sviluppo delle due reti su tutto il territorio nazionale, con particolare riferimento alle disomogeneità territoriali e all'erogazione delle cure palliative in età neonatale, pediatrica e adolescenziale. Il Ministero provvede a monitorare, in particolare:</p> <p>a) i dati relativi alla prescrizione e all'utilizzazione di farmaci nella terapia del dolore, e in particolare dei farmaci analgesici oppiacei;</p> <p>b) lo sviluppo delle due reti, con particolare riferimento alla verifica del rispetto degli indicatori e dei criteri nazionali previsti dalla normativa vigente;</p> <p>c) lo stato di avanzamento delle due reti, anche con riferimento al livello di integrazione delle strutture che ne fanno parte;</p> <p>d) le prestazioni erogate e gli esiti delle stesse, anche attraverso l'analisi qualitativa e quantitativa dell'attività delle strutture delle due reti;</p> <p>e) le attività di formazione a livello nazionale e regionale;</p> <p>f) le campagne di informazione a livello nazionale e regionale;</p> <p>g) le attività di ricerca;</p> <p>h) gli aspetti economici relativi alla realizzazione e allo sviluppo delle due reti.</p> <p>2. Entro il 31 dicembre di ciascun anno, il Ministero della salute redige un rapporto, finalizzato a rilevare l'andamento delle prescrizioni di farmaci per la terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, con particolare riferimento ai farmaci analgesici oppiacei, a monitorare lo stato di avanzamento delle due reti su tutto il territorio nazionale e il livello di omogeneità e di adeguatezza delle stesse, formulando proposte per la risoluzione dei problemi e delle criticità eventualmente rilevati, anche al fine di garantire livelli omogenei di trattamento del dolore su tutto il territorio nazionale.</p> <p>3. Nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il Ministero della salute può avvalersi di figure professionali del Servizio sanitario nazionale con dimostrate competenze specifiche e, anche tramite apposite convenzioni, della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e organizzazioni senza scopo di lucro operanti nei settori delle cure palliative e della terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative.</p> <p>4. Per le spese di funzionamento di tale attività, fatto salvo quanto previsto dal comma 3, è autorizzata la spesa di 150.000 euro annui a decorrere dall'anno 2010.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sarà attivato un monitoraggio, dal Ministero della Salute e dalla Conferenza delle Regioni per verificare l'effettiva parità di accesso a questi servizi a tutti i pazienti e su tutto il territorio. ○ In particolare sarà rivolto allo sviluppo delle due reti, allo stato di avanzamento e alle prestazioni erogate. ○ Ogni anno sarà presentato un rapporto in Parlamento. ○ Per il monitoraggio sono stanziati 150.000 euro dal 2010.

<p>Art. 10. (Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore).</p> <p>1. Al 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, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>a) all'articolo 14, comma 1, lettera e), dopo il numero 3) è aggiunto il seguente: «3-bis) in considerazione delle prioritarie esigenze terapeutiche nei confronti del dolore severo, composti medicinali utilizzati in terapia del dolore elencati nell'allegato III-bis, limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quella parenterale»;</p> <p>b) nel titolo II, dopo l'articolo 25 è aggiunto il seguente: «Art. 25-bis. - (Distribuzione delle sostanze e delle composizioni in possesso dei soggetti di cui all'articolo 17 e delle farmacie). - <u>omissis</u>».</p> <p>c) all'articolo 38, il primo e il secondo periodo del comma 1 sono sostituiti dal seguente: «La vendita o cessione, a qualsiasi titolo, anche gratuito, delle sostanze e dei medicinali compresi nelle tabelle I e II, sezioni A, B e C, di cui all'articolo 14 è fatta alle persone autorizzate ai sensi del presente testo unico in base a richiesta scritta da staccarsi da apposito bollettario "buoni acquisto" conforme al modello predisposto dal Ministero della salute»;</p> <p>d) all'articolo 41, comma 1-bis, le parole: «di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa» sono sostituite dalle seguenti: «di malati che hanno accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore secondo le vigenti disposizioni»;</p> <p>e) all'articolo 43, 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 Ministro dell'economia e delle finanze 17 marzo 2008, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 86 dell'11 aprile 2008. Il Ministro della salute, sentiti il Consiglio superiore di sanità e la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche antidroga, può, con proprio decreto, aggiornare l'elenco dei farmaci di cui all'allegato III-bis»;</p> <p>f) all'articolo 43, commi 7 e 8, le parole: «di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa» sono sostituite dalle seguenti: «di malati che hanno accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore secondo le vigenti disposizioni»;</p> <p>g) all'articolo 45, comma 1, le parole: «che si accerta dell'identità dell'acquirente e prende nota degli estremi di un documento di riconoscimento da trascrivere sulla ricetta» sono sostituite dalle seguenti: «che annota sulla ricetta il nome, il cognome e gli estremi di un documento di riconoscimento dell'acquirente»;</p> <p>h) all'articolo 45, comma 2, le parole: «sulle ricette previste dal comma 1» sono sostituite dalle seguenti: «sulle ricette previste dai commi 1 e 4-bis»;</p> <p>i) all'articolo 45, dopo il comma 3 è inserito il seguente: «3-bis. Il farmacista spedisce comunque le ricette che prescrivano un quantitativo che, in relazione alla posologia indicata, superi teoricamente il limite massimo di terapia di trenta giorni, ove l'eccedenza sia dovuta al numero di unità posologiche contenute nelle confezioni in commercio. In caso di ricette che prescrivano una cura di durata superiore a trenta giorni, il farmacista consegna un numero di confezioni sufficiente a coprire trenta giorni di terapia, in relazione alla posologia indicata, dandone comunicazione al medico prescrittore»;</p> <p>l) all'articolo 45, dopo il comma 6 è inserito il seguente: «6-bis. All'atto della dispensazione dei medicinali inseriti nella sezione D della tabella II, successivamente alla data del 15 giugno 2009, limitatamente alle ricette diverse da quella di cui al decreto del Ministro della salute 10 marzo 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31 marzo 2006, o da quella del Servizio sanitario nazionale, disciplinata dal decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 17 marzo 2008, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 86 dell'11 aprile 2008, il farmacista deve annotare sulla ricetta il nome, il cognome e gli estremi di un documento di riconoscimento dell'acquirente. Il farmacista conserva per due anni, a partire dal giorno dell'ultima registrazione, copia o fotocopia della ricetta ai fini della dimostrazione della liceità del possesso dei farmaci consegnati dallo stesso farmacista al paziente o alla persona che li ritira»;</p> <p>m) all'articolo 45, dopo il comma 10 è aggiunto il seguente: «10-bis. Su richiesta del cliente e in caso di ricette che prescrivono più confezioni, il farmacista, previa specifica annotazione sulla ricetta, può spedirla in via definitiva consegnando un numero di confezioni inferiore a quello prescritto, dandone comunicazione al medico prescrittore, ovvero può consegnare, in modo frazionato, le confezioni, purché entro il termine di validità della ricetta e previa annotazione del numero di confezioni volta per volta consegnato»;</p> <p>n) all'articolo 60:</p> <p>1) al comma 1, sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Lo stesso termine è ridotto a due anni per le farmacie aperte al pubblico e per le farmacie ospedaliere. I direttori sanitari e i titolari di gabinetto di cui all'articolo 42, comma 1, conservano il registro di cui al presente comma per due anni dal giorno dell'ultima registrazione»;</p> <p>2) il comma 2 è sostituito dal seguente: «2. I responsabili delle farmacie aperte al pubblico e delle farmacie ospedaliere nonché delle aziende autorizzate al commercio all'ingrosso riportano sul registro il movimento dei medicinali di cui alla tabella II, sezioni A, B e C, secondo le modalità indicate al comma 1 e nel termine di quarantotto ore dalla dispensazione»;</p> <p>3) al comma 4, dopo le parole: «Ministero della salute» sono aggiunte le seguenti: «e possono essere composti da un numero di pagine adeguato alla quantità di stupefacenti normalmente detenuti e movimentati»;</p> <p>o) all'articolo 62, comma 1, le parole: «sezioni A e C,» sono sostituite dalle seguenti: «sezioni A, B e C,»;</p> <p>p) all'articolo 63:</p> <p>1) al comma 1, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Tale registro è conservato per dieci anni a far data dall'ultima registrazione»;</p> <p>2) il comma 2 è abrogato;</p> <p>q) all'articolo 64, comma 1, le parole: «previsto dagli articoli 42, 46 e 47» sono sostituite dalle seguenti: «previsto dagli articoli 46 e 47»;</p> <p>r) all'articolo 68, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente: «1-bis. Qualora le irregolarità riscontrate siano relative a violazioni della normativa regolamentare sulla tenuta dei registri di cui al comma 1, si applica la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 500 a euro 1.500»;</p> <p>s) all'articolo 73, comma 4, le parole: «e C, di cui all'articolo 14» sono sostituite dalle seguenti: «C e D, limitatamente a quelli indicati nel numero 3-bis) della lettera e) del comma 1 dell'articolo 14»;</p> <p>t) all'articolo 75, comma 1, le parole: «e C» sono sostituite dalle seguenti: «C e D, limitatamente a quelli indicati nel numero 3-bis) della lettera e) del comma 1 dell'articolo 14».</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Semplificazione delle procedure per accedere ai medicinali per la terapia del dolore ○ In particolare non sarà più necessario ricorrere al ricettario speciale in triplice copia perché tutti i medici dipendenti del Sistema sanitario nazionale potranno prescrivere su ricetta ordinaria i medicinali, come gli oppioidi e cannabinoidi.
<p>Art. 11. (Relazione annuale al Parlamento).</p> <p>1. Il Ministro della salute, entro il 31 dicembre di ogni anno, presenta una relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della presente legge, riferendo anche in merito alle informazioni e ai dati raccolti con il monitoraggio di cui all'articolo 9.</p> <p>2. Ai fini di cui al comma 1, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono al Ministro della salute, entro il 31 ottobre di ciascun anno, tutti i dati relativi agli interventi di loro competenza disciplinati dalla presente legge.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prevista una Relazione annuale al Parlamento a cura del Ministero della Salute in base ai dati forniti dalle Regioni

<p>Art. 12. (Copertura finanziaria).</p> <p>1. Agli oneri derivanti dall'articolo 4, comma 3, dall'articolo 6, comma 1, e dall'articolo 9, comma 4, pari a 1.650.000 euro per l'anno 2010, a 1.300.000 euro per l'anno 2011, a 300.000 euro per l'anno 2012 e a 150.000 euro a decorrere dall'anno 2013, si provvede, quanto a 650.000 euro per l'anno 2010, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 48, comma 9, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, come rideterminata dalla Tabella C allegata alla legge 23 dicembre 2009, n. 191, e, quanto a 1.000.000 di euro per l'anno 2010, a 1.300.000 euro per l'anno 2011 e a 300.000 euro per l'anno 2012, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2010-2012, 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 2010, allo scopo parzialmente utilizzando gli accantonamenti di cui alla tabella 1 annessa alla presente legge.</p> <p>2. Per la realizzazione delle finalità di cui alla presente legge, il Comitato interministeriale per la programmazione economica, in attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, vincola, per un importo non inferiore a 100 milioni di euro annui, una quota del Fondo sanitario nazionale su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.</p> <p>3. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ La copertura finanziaria della legge è di 1,650 milioni per il 2010, 1,3 milioni per il 2011, 300 mila euro per il 2012. ○ Viene però vincolato per un importo non inferiore a 100 milioni di euro annui, una quota del fondo sanitario nazionale da ripartire tra le Regioni.
---	--

Copertura Finanziaria (euro)

Voce di spesa	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	dall'anno 2013
Articolo 4 comma 3 Campagne Informazione	50.000	150.000	150.000	
Articolo 6 comma 1 Progetto Ospedale Territorio	1.450.000	1.000.000		
Articolo 9 comma 4 Monitoraggio	150.000	150.000	150.000	150.000
TOTALE	1.650.000	1.300.000	300.000	150.000
<i>articolo 12 comma 1 Modalità di copertura</i>	<i>650.000 (ex Tabella C Legge 191/2009) 1.000.000 (ex fondi di riserva e speciali, fondi da ripartire MEF)</i>	<i>1.300.000 (ex fondi di riserva e speciali, fondi da ripartire MEF)</i>	<i>300.000 (ex fondi di riserva e speciali, fondi da ripartire MEF)</i>	<i>non specificato</i>
Articolo 12 comma 2 Quota annua vincolata del Fondo Sanitario nazionale da ripartire tra le regioni	Non inferiore a 100 milioni	Non inferiore a 100 milioni	Non inferiore a 100 milioni	Non inferiore a 100 milioni