



CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

DODICESIMA LEGISLATURA

PROGETTO DI LEGGE N. 124

PROPOSTA DI LEGGE d'iniziativa del consigliere Pasqualon

**DISPOSIZIONI PER L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA
TERAPIA DEL DOLORE NEI LUOGHI DI VITA E DI CURA**

Presentato alla Presidenza del Consiglio il 17 settembre 2026.

DISPOSIZIONI PER L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE NEI LUOGHI DI VITA E DI CURA

Relazione:

L'invecchiamento della popolazione e la crescente incidenza delle patologie cronico-degenerative hanno esteso la rilevanza delle cure palliative ben oltre la fase strettamente terminale, facendone una componente ordinaria dell'assistenza territoriale. Cresce, parallelamente, la domanda di cura a domicilio e nelle strutture residenziali, mentre si riduce la disponibilità di caregiver familiari. In questo quadro l'assistenza domiciliare e quella residenziale non vanno intese come alternative contrapposte, ma come nodi complementari di un'unica rete di servizi, accanto a modelli intermedi quali i centri diurni e gli alloggi protetti, che deve muovere dal bisogno della persona e offrire risposte concrete nel luogo in cui essa si trova.

È in questa rete che le cure palliative e la terapia del dolore assumono un rilievo centrale, sia a domicilio sia nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA) e nelle altre strutture residenziali che ospitano persone affette da patologia cronica ed evolutiva a prognosi infausta: migliorano la qualità della vita, consentono un controllo efficace del dolore e degli altri sintomi invalidanti, offrono sostegno psicologico al malato e ai familiari e riducono i ricoveri impropri.

Sul piano dei principi, la proposta trova fondamento nell'articolo 32 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33", che ancora l'accesso alle cure palliative alla patologia ad andamento cronico ed evolutivo - e non alla diagnosi di malattia terminale né a quella oncologica - individuando espressamente, tra i luoghi di erogazione, le strutture residenziali sociosanitarie accanto agli hospice, al domicilio e alle strutture di degenza. Si tratta di principi che la normativa statale riferisce ai soggetti anziani non autosufficienti, ma che la presente legge, in coerenza con il carattere universale della legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", assume come validi per l'intera platea delle persone affette da patologia cronica ed evolutiva a prognosi infausta.

La Regione del Veneto ha intrapreso da tempo un percorso articolato per lo sviluppo delle cure palliative e la lotta al dolore.

Con la legge regionale 19 marzo 2009, n. 7 "Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore", ha individuato la rete per le cure palliative, formata dai servizi domiciliari, ambulatoriali e residenziali, e ha istituito il Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, con la relativa Commissione, quali strumenti di governo tecnico del sistema. Con la deliberazione della Giunta regionale 28 febbraio 2017, n. 208 "Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano socio sanitario regionale 2012-2016 (L.R. 29 giugno 2012, n. 23)" ha definito il modello organizzativo di rete e, con i provvedimenti successivi, ha strutturato i percorsi di presa in carico per l'età adulta e pediatrica e introdotto un sistema di accreditamento delle reti.

I dati della Relazione sociosanitaria regionale 2025, riferiti al 2024, restituiscono una rete consolidata. In ciascuna azienda ULSS opera un'unità operativa complessa di cure palliative, che coordina la rete locale e le quarantaquattro unità di cure palliative domiciliari: nel 2024 queste hanno assistito 12.877 pazienti, erogando circa 392 mila accessi domiciliari. Operano inoltre ventiquattro hospice, con 226 posti letto e un tasso di occupazione dell'83 per cento.

A fronte di questi elementi positivi permangono criticità significative. La prima è la disomogeneità territoriale: la quota di deceduti oncologici assistiti dalla rete si attesta a livello regionale al 53 per cento - al di sotto della soglia ottimale del 55 per cento - e varia sensibilmente tra le aziende ULSS, da circa il 49 al 59 per cento. La seconda è che la rete risulta costruita in prevalenza attorno alla patologia oncologica: dei 12.877 pazienti seguiti a domicilio oltre l'ottanta per cento ha una diagnosi oncologica, e nei ricoveri in hospice tale quota supera il novanta per cento. La terza, che questa proposta pone al centro, è che le RSA e le altre strutture residenziali, luogo di vita di una parte crescente delle persone non autosufficienti, restano tuttora ai margini delle reti territoriali per le cure palliative e la terapia del dolore.

Su questi ultimi due profili si concentra la ragione specifica della proposta. Il bisogno di cure palliative non riguarda i soli malati oncologici, e non riguarda i soli anziani: le patologie cronico-degenerative che le rendono necessarie colpiscono anche persone più giovani e si accompagnano, in molti casi, a condizioni di disabilità. I malati di sclerosi laterale amiotrofica e di altre patologie neurodegenerative gravi, o le persone con demenza avanzata, che soffrono di dolore, difficoltà di deglutizione, agitazione e perdita di autonomia, presenti nelle strutture residenziali o assistiti a domicilio, traggono da un'adeguata somministrazione di cure palliative un controllo efficace dei sintomi e una riduzione del ricorso a trattamenti invasivi non necessari. A questi bisogni non si risponde con soluzioni rigide e alternative tra loro, ma con un approccio flessibile, multidisciplinare e coordinato nel luogo in cui il paziente si trova. Per questo la proposta si rivolge alle persone affette da patologia cronica ed evolutiva a prognosi infausta indipendentemente dall'età, ferma restando la specifica disciplina regionale delle cure palliative pediatriche, che dispone di una rete e di standard propri, che la legge non intende modificare.

Vi è poi un profilo di equità. Sebbene l'articolo 32 del decreto legislativo 29/2024 già contempli le strutture residenziali sociosanitarie tra i luoghi delle cure palliative, in queste strutture l'accesso non è ancora effettivo, anche per la mancanza di una formazione dedicata del personale: un divario che priva molte persone del concreto godimento del diritto alla cura riconosciuto dall'articolo 32 della Costituzione. Estendere le cure palliative ai luoghi in cui le persone vivono - e non ai soli hospice - dà attuazione concreta a un principio già affermato dalla legge.

Vi è un ulteriore ordine di ragioni, che merita di essere richiamato con la misura che il tema impone. Il rafforzamento delle cure palliative incide sulle condizioni che possono concorrere a indurre una persona a richiedere la morte volontaria medicalmente assistita: su tali richieste non pesa soltanto il dolore fisico non controllato, ma anche la perdita di autonomia, la percezione di una dignità compromessa, il peso per i propri cari, la solitudine e la carenza di sostegno. Un sistema che integri le cure palliative con un'assistenza

personalizzata e un supporto psicologico strutturato può intercettare questi bisogni, contribuendo a mantenere una qualità della vita accettabile anche nelle fasi più avanzate della malattia.

Questa impostazione trova riscontro nella giurisprudenza costituzionale. Con la sentenza 25 settembre 2019, n. 242 la Corte costituzionale, nel definire le condizioni in presenza delle quali l'aiuto al suicidio non è punibile, ha ricondotto la verifica di tali condizioni al quadro della legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", valorizzando l'effettiva possibilità di accedere alle cure palliative e facendone un presupposto, e non un'alternativa. Con la sentenza 4 novembre 2025, n. 204 la Corte costituzionale, pronunciandosi sulla legge della Regione Toscana in materia, ha successivamente confermato che la disciplina sostanziale del suicidio medicalmente assistito resta riservata al legislatore statale, mentre alle regioni, nell'ambito della competenza concorrente in materia di tutela della salute, spetta il solo intervento a carattere organizzativo e procedurale e la stessa Corte vi ha dato ulteriore e coerente seguito, con la propria sentenza 23 giugno 2026, n. 148 sulla legge della Regione autonoma della Sardegna.

La recente approvazione della legge regionale del Veneto 8 settembre 2026, n. 17 "Procedure per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito" che peraltro pone la obbligatorietà della offerta delle cure palliative e la effettività della loro erogazione una volta richiesta, come capisaldi qualificanti della disciplina, conferma la attualità del tema proposto e la necessità di una concreta risposta.

La presente proposta si colloca consapevolmente in questo perimetro: non tocca la materia del fine vita, ma opera esclusivamente sul piano dell'organizzazione dell'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

La proposta si configura come legge speciale, dedicata a un aspetto determinato: l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore nei luoghi in cui le persone vivono e sono assistite. Per questo non sostituisce la legge regionale 7/2009, che disciplina la rete regionale, ma vi si innesta, integrandola sul versante specifico delle persone affette da patologia cronica ed evolutiva a prognosi infausta e avvalendosi degli istituti che l'ordinamento veneto già prevede: il Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, le unità operative di cure palliative distrettuali e il raccordo con il punto unico di accesso ai servizi sociosanitari.

Sul piano finanziario la proposta non comporta nuovi o maggiori oneri: vi si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie già disponibili a legislazione vigente. L'intervento agisce prevalentemente riconvertendo risorse, riducendo i ricoveri impropri negli ultimi mesi di vita a favore dell'assistenza domiciliare e residenziale, in coerenza con gli obiettivi già assunti dalla programmazione regionale.

La proposta si compone di undici articoli.

L'articolo 1 (Oggetto e finalità) individua l'oggetto della legge, riferito alle persone affette da patologia cronica ed evolutiva a prognosi infausta assistite nelle strutture residenziali o a domicilio, e ne chiarisce la finalità: garantire un'assistenza rispettosa della dignità e della qualità della vita, prevenendo situazioni di sofferenza tali da indurre a richiedere la morte volontaria medicalmente assistita. Fa salve la legge 38/2010 e la disciplina regionale delle cure palliative pediatriche.

L'articolo 2 (Ambito di applicazione e accesso precoce alle cure palliative e alla terapia del dolore) estende l'ambito di applicazione delle cure palliative e della terapia del dolore alle persone affette da patologia cronica ed evolutiva a prognosi infausta, a prescindere dalla diagnosi di terminalità, e prevede che le cure palliative siano accessibili sin dal momento della diagnosi o dell'accertamento della condizione. L'accesso precoce non configura un automatismo legato alla diagnosi: presuppone in ogni caso la valutazione clinica del bisogno di cure palliative, propria di ogni presa in carico. Tale valutazione è inoltre formalizzata (comma 3) come parte del piano assistenziale individualizzato e degli altri strumenti di presa in carico previsti dalla normativa vigente, ed è periodicamente aggiornata, a garanzia che il bisogno sia individuato tempestivamente e non rimesso alla sola iniziativa del singolo operatore.

L'articolo 3 (Accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore nelle strutture residenziali) impegna le RSA e le altre strutture residenziali a garantire alle persone assistite l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore in raccordo con le reti territoriali, compresa la gestione del dolore acuto e dei sintomi complessi senza necessità di ricovero, e affida alla Regione il raccordo tra le strutture, i servizi di assistenza domiciliare e le reti, anche mediante l'attività di consulenza a favore del personale delle strutture.

L'articolo 4 (Formazione del personale sanitario e sociosanitario) assicura la formazione obbligatoria del personale delle RSA e delle altre strutture residenziali, nonché di quello impiegato nei servizi domiciliari, e promuove l'aggiornamento continuo dei professionisti, anche per il riconoscimento precoce dei bisogni.

L'articolo 5 (Semplificazione delle procedure di accesso ai farmaci impiegati nella terapia del dolore) demanda alla Regione le misure organizzative per un accesso semplificato e una somministrazione tempestiva dei farmaci nelle RSA e nei servizi di assistenza domiciliare, e prevede che nelle altre strutture residenziali l'accesso ai farmaci e la relativa somministrazione siano assicurati attraverso il raccordo con le reti territoriali per le cure palliative e la terapia del dolore.

L'articolo 6 (Coinvolgimento delle famiglie e dei caregiver) ne garantisce l'informazione e la partecipazione alle scelte terapeutiche e riconosce il sostegno alle famiglie e ai caregiver come parte integrante della presa in carico, assicurato in tutti i luoghi in cui la persona è assistita e presso le aziende ULSS. La tenuta del nucleo familiare è essa stessa parte del bisogno assistenziale: la fragilità della rete familiare, unita alla riduzione del numero di caregiver, concorre in misura rilevante a determinare accessi impropri al pronto soccorso e ricoveri non necessari nelle fasi avanzate della malattia. Il riconoscimento e il sostegno di questa dimensione, nell'ambito delle attività già previste, contribuiscono a prevenire tali situazioni.

L'articolo 7 (Integrazione tra servizi sanitari e sociali) assicura l'integrazione delle cure palliative nel sistema dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari e affida alla Regione l'adozione di protocolli di raccordo tra le reti territoriali per le cure palliative e la terapia del dolore, i medici di medicina generale, i servizi di assistenza domiciliare, le RSA, le altre strutture residenziali e i servizi sociali territoriali.

L'articolo 8 (Monitoraggio e valutazione) introduce una verifica periodica degli effetti della legge, con indicatori di qualità definiti dalla Giunta e una relazione annuale alla competente commissione consiliare, avvalendosi del Coordinamento regionale.

L'articolo 9 (Campagne di informazione e di sensibilizzazione in materia di cure palliative e di terapia del dolore) promuove la diffusione della cultura delle cure palliative e della terapia del dolore.

L'articolo 10 (Disposizioni attuative) demanda alla Giunta regionale le necessarie misure di attuazione e stabilisce che, per quanto da essa non previsto, continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, le disposizioni della legge regionale 7/2009 e i relativi provvedimenti attuativi.

L'articolo 11 (Clausola di invarianza finanziaria) dispone che all'attuazione si provveda senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

DISPOSIZIONI PER L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE NEI LUOGHI DI VITA E DI CURA

Art. 1 - Finalità.

1. La presente legge reca disposizioni in materia di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore per le persone affette da patologia cronica ed evolutiva a prognosi infausta, residenti in residenze sanitarie assistenziali (RSA) o in altre strutture residenziali, ovvero assistite a domicilio, fermo restando quanto previsto dalla legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", e fatta salva la specifica disciplina regionale delle cure palliative pediatriche, al fine di assicurare un'assistenza sanitaria e sociale adeguata, rispettosa della dignità della persona e incentrata sulla qualità della vita, prevenendo situazioni di sofferenza che possano indurre i pazienti a considerare soluzioni estreme in assenza di alternative assistenziali adeguate.

Art. 2 - Ambito di applicazione e accesso precoce alle cure palliative e alla terapia del dolore.

1. Le cure palliative e la terapia del dolore, come definite dalla legge 38/2010, si applicano anche alle persone affette da patologia cronica ed evolutiva a prognosi infausta, indipendentemente dalla diagnosi di malattia terminale.

2. Le cure palliative di cui al comma 1 sono rese accessibili sin dal momento della diagnosi o dall'accertamento della condizione e non soltanto nelle fasi terminali.

3. Il piano assistenziale individualizzato, nonché gli altri strumenti di valutazione e presa in carico previsti dalla normativa vigente, comunque denominati, includono una valutazione periodicamente aggiornata dell'eventuale necessità di cure palliative e terapia del dolore.

Art. 3 - Accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore nelle strutture residenziali.

1. Le RSA e le altre strutture residenziali garantiscono alle persone assistite l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore in raccordo con le reti territoriali per le cure palliative e la terapia del dolore, compresa la gestione del dolore acuto e dei sintomi complessi senza necessità di ricovero.

2. La Regione del Veneto assicura il raccordo tra le strutture residenziali, i servizi di assistenza domiciliare e le reti territoriali per le cure palliative e la terapia del dolore, anche mediante l'attività di consulenza a favore del personale delle strutture, secondo le modalità attuative stabilite ai sensi della presente legge.

Art. 4 - Formazione del personale sanitario e sociosanitario.

1. Al personale operante nelle RSA e nelle altre strutture residenziali, nonché nei servizi di assistenza domiciliare, è assicurata una formazione obbligatoria sulle cure palliative e sulla terapia del dolore.

2. La Regione del Veneto promuove percorsi di aggiornamento sulle cure palliative e sulla terapia del dolore per i medici di medicina generale, gli infermieri e gli operatori sociosanitari, nell'ambito del sistema di educazione continua in medicina, anche al fine di garantire il riconoscimento precoce dei bisogni.

Art. 5 - Semplificazione delle procedure di accesso ai farmaci impiegati nella terapia del dolore.

1. La Regione del Veneto, nel rispetto della normativa statale in materia di prescrizione, adotta misure organizzative volte ad assicurare che le RSA e i servizi di assistenza domiciliare accedano in forma semplificata ai farmaci impiegati nella terapia del dolore e che le persone assistite ne ricevano tempestivamente la somministrazione, riducendo gli ostacoli organizzativi e procedurali.

2. Nelle altre strutture residenziali l'accesso ai farmaci impiegati nella terapia del dolore e la relativa somministrazione sono assicurati attraverso il raccordo con le reti territoriali per le cure palliative e la terapia del dolore, secondo le modalità definite ai sensi dell'articolo 10.

Art. 6 - Coinvolgimento delle famiglie e dei caregiver.

1. Le famiglie e i caregiver sono informati e coinvolti nelle scelte terapeutiche relative alle cure palliative e alla terapia del dolore per la persona assistita.

2. Il sostegno alle famiglie e ai caregiver costituisce parte integrante della presa in carico della persona nell'ambito delle cure palliative e della terapia del dolore, ed è assicurato in tutti i luoghi in cui essa è assistita e presso le aziende ULSS, con attività di informazione, ascolto e consulenza relative al percorso di cura e alla gestione del fine vita.

Art. 7 - Integrazione tra servizi sanitari e sociali.

1. La Giunta regionale al fine di assicurare l'integrazione delle cure palliative e della terapia del dolore nel sistema dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari, promuove l'adozione di protocolli per favorire l'integrazione tra le reti territoriali per le cure palliative e la terapia del dolore, i medici di medicina generale, i servizi di assistenza domiciliare, le RSA, le altre strutture residenziali e i servizi sociali territoriali.

Art. 8 - Monitoraggio e valutazione.

1. La Giunta regionale, attraverso indicatori di qualità dell'assistenza definiti, monitora l'applicazione della presente legge.

2. La Giunta regionale riferisce annualmente alla competente commissione consiliare sui risultati raggiunti nell'attuazione della presente legge, avvalendosi della relazione trasmessa dal Coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore. La commissione consiliare esamina la relazione e può formulare osservazioni e richiedere approfondimenti.

Art. 9 - Campagne di informazione e di sensibilizzazione in materia di cure palliative e di terapia del dolore.

1. La Regione promuove campagne di informazione e di sensibilizzazione in materia di cure palliative e di terapia del dolore, anche allo scopo di ridurre le richieste di accesso alla morte volontaria medicalmente assistita per mancanza di alternative assistenziali adeguate.

Art. 10 - Disposizioni attuative e finali.

1. La Giunta regionale, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere della competente commissione consiliare, definisce:

- a) le modalità del raccordo tra le strutture residenziali, i servizi di assistenza domiciliare e le reti territoriali per le cure palliative e la terapia del dolore, di cui all'articolo 3, comma 2;
- b) le misure organizzative per la semplificazione dell'accesso ai farmaci impiegati nella terapia del dolore, di cui all'articolo 5;
- c) le modalità organizzative del sostegno alle famiglie e ai caregiver di cui all'articolo 6, comma 2, e il relativo raccordo con il punto unico di accesso ai servizi sociosanitari;
- d) le linee di indirizzo per l'integrazione di cui all'articolo 7, in base alle quali sono adottati i relativi protocolli;
- e) gli indicatori di qualità dell'assistenza per il monitoraggio di cui all'articolo 8.

2. Per quanto non previsto dalla presente legge continuano a trovare applicazione, in quanto compatibili, le disposizioni della legge regionale 19 marzo 2009, n. 7 “Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore”, e i relativi provvedimenti attuativi.

Art. 11 - Clausola di invarianza finanziaria.

1. All'attuazione della presente legge si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio della Regione.

INDICE

Art. 1 - Finalità.....	7
Art. 2 - Ambito di applicazione e accesso precoce alle cure palliative e alla terapia del dolore.....	7
Art. 3 - Accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore nelle strutture residenziali.....	7
Art. 4 - Formazione del personale sanitario e sociosanitario.....	7
Art. 5 - Semplificazione delle procedure di accesso ai farmaci impiegati nella terapia del dolore.....	8
Art. 6 - Coinvolgimento delle famiglie e dei caregiver.	8
Art. 7 - Integrazione tra servizi sanitari e sociali.	8
Art. 8 - Monitoraggio e valutazione.....	8
Art. 9 - Campagne di informazione e di sensibilizzazione in materia di cure palliative e di terapia del dolore.....	8
Art. 10 - Disposizioni attuative e finali.....	8
Art. 11 - Clausola di invarianza finanziaria.....	9