



REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

REGIONE DEL VENETO

Venezia, martedì 9 marzo 2021

Anno LII - N. 35

PARTE SECONDA

CIRCOLARI, DECRETI, ORDINANZE E DELIBERAZIONI

Sezione prima

ORDINANZE DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

ORDINANZA DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 36 del 9 marzo 2021

Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni. 1

[Protezione civile e calamità naturali]

Sezione seconda

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 222 del 2 marzo 2021

Recepimento degli Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n.118/CSR del 27 luglio 2020) e sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n.119/CSR del 27 luglio 2020)... 4

[Sanità e igiene pubblica]

Direzione - Redazione

Dorsoduro 3901, 30123 Venezia - Tel. 041 279 2862 - 2900 - Fax. 041 279 2905

Sito internet: <http://bur.regione.veneto.it> e-mail: uff.bur@regione.veneto.it

Direttore Responsabile Dott. Lorenzo Traina

PARTE SECONDA**CIRCOLARI, DECRETI, ORDINANZE, DELIBERAZIONI***Sezione prima***ORDINANZE DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE**

(Codice interno: 443219)

ORDINANZA DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 36 del 09 marzo 2021

Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni in materia scolastica.*[Protezione civile e calamità naturali]*

Note per la trasparenza:

Alla luce dell'esperienza maturata e dei dati epidemiologici e sanitari raccolti, vengono adottate misure di adeguamento delle restrizioni disposte con precedenti provvedimenti.

Il Presidente

Visti gli articoli 32, 117, comma 2 lettera q) e 118, della Costituzione;

Visti l'art. 32 l. 833/78, l'art. 117, d.lgs. 112/98, l'art. 50, comma 5, d.lgs. 267/00 e il d.lgs. 1/18;

Premesso che l'Organizzazione Mondiale della Sanità in data 30 gennaio 2020 ha dichiarato l'epidemia Covid-19 un'emergenza di sanità pubblica internazionale;

Viste le delibere del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, del 29 luglio 2020 e del 7 ottobre 2020 con le quali è stato dichiarato e prorogato lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

Vista la dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità dell'11 marzo 2020, con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come "pandemia" in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale;

Visto il decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, recante "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19" e, in particolare, l'articolo 3;

Visto il decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante "Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito con legge 14 luglio 2020 n. 74 e in particolare l'art. 1, comma 16, ultimo periodo, che dispone che "In relazione all'andamento della situazione epidemiologica sul territorio, accertato secondo i criteri stabiliti con decreto del Ministro della salute 30 aprile 2020, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 112 del 2 maggio 2020, e sue eventuali modificazioni, nelle more dell'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 19 del 2020, la Regione, informando contestualmente il Ministro della salute, può introdurre misure derogatorie restrittive rispetto a quelle disposte ai sensi del medesimo articolo 2, ovvero, nei soli casi e nel rispetto dei criteri previsti dai citati decreti e d'intesa con il Ministro della salute, anche ampliative";

Visto il decreto legge 7 ottobre 2020, n. 125 "Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l'attuazione della direttiva (UE) 2020/739 del 3 giugno 2020";

Vista la delibera del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2021 "Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili", pubblicata in G.U. Serie Generale n.15 del 20-01-2021;

Vista l'ordinanza 29 gennaio 2021 "Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 per le Regioni Calabria, Emilia Romagna, Lombardia e Veneto", con la quale il Ministro della Salute ha disposto la cessazione, con effetto dal 1° febbraio 2021, dell'applicazione della disciplina di cui all'art. 2, d.p.c.m.

14.1.2021;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 2 marzo 2021, che all'art. 21 dispone che la misura di cui al primo periodo dell'art. 43 "puo' altresì essere disposta dai Presidenti delle regioni o province autonome in tutte le aree regionali o provinciali nelle quali l'incidenza cumulativa settimanale dei contagi sia superiore a 250 casi ogni 100.000 abitanti oppure in caso di motivata ed eccezionale situazione di peggioramento del quadro epidemiologico";

Ritenuto più opportuna la suddivisione del territorio regionale negli ambiti corrispondenti ai distretti sanitari rispetto agli ambiti provinciali, considerato che la popolazione dei distretti è vicina per eccesso, nella maggior parte dei casi, e in misura minore, per difetto, al numero di 100.000 abitanti, che rappresenta la base di riferimento per la determinazione dei casi di contagio in presenza dei quali può essere disposta la misura di limitazione della didattica in presenza ai sensi dell'art. 21, comma 2, Dpcm 2.3.2021, consentendo ciò un più rapido e tempestivo intervento preventivo, senza dare al contempo luogo a sospensione della didattica in presenza in ambiti territoriali troppo ampi o addirittura sull'intero territorio regionale in assenza di un'effettiva esigenza riguardante tutto il territorio regionale, né in ambiti troppo limitati, com'è normalmente quello comunale, non adeguato ad esprimere in modo adeguato il livello complessivo di impatto del contagio sul sistema sanitario;

Rilevato che rimane ferma la possibilità per i singoli comuni di intervenire in relazione alla situazione epidemiologica caratterizzante il singolo territorio nel rispetto dei parametri nazionali;

Ritenuto di intervenire con la suddetta misura della sottoposizione a didattica a distanza a partire dalla seconda classe delle scuole secondarie di primo grado, alla luce delle evidenze scientifiche relative alle fasce di età di contagio prevalente e in analogia con quanto disposto con riguardo ad aree soggette a limitazione da decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri anteriori a quello vigente, salva l'autorizzazione che si rilascia fin d'ora al Sisp di individuare anche classi di ordine e grado inferiori da sottoporre a didattica a distanza in presenza dei pertinenti presupposti epidemiologici;

Vista la relazione della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria ed il conseguente parere favorevole alla presente ordinanza della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria;

Dato atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

ordina

A) Misure relative alla didattica presso le istituzioni scolastiche

1. È disposta la didattica esclusivamente con modalità a distanza per gli studenti a partire dalla seconda classe delle scuole secondarie di primo grado e per le classi delle scuole secondarie di secondo grado, statali e paritarie, anche serali, aventi sedi nel territorio dei distretti sanitari in relazione ai quali il SISP competente rileva un livello di contagio superiore a quello di 250 casi su 100.000 abitanti su base settimanale.
2. La misura di cui al punto precedente ha effetto dal giorno indicato nella comunicazione con la quale il SISP competente per ciascun distretto informa gli istituti scolastici del relativo territorio dell'avvenuto superamento del livello di contagio di 250 casi su 100.000 abitanti. Deve, comunque, essere garantito un preavviso di 48 ore alle scuole.
3. La comunicazione del SISP indica anche la durata della sospensione della didattica in presenza, che non potrà essere inferiore a 14 giorni.
4. Il SISP è autorizzato ad individuare, con la comunicazione di cui al punto 2, classi di qualsiasi ordine e grado inferiori alla classe seconda delle scuole secondarie di primo grado ai fini della sottoposizione a didattica a distanza, in considerazione al livello e all'evoluzione del contagio.
5. Resta fermo lo svolgimento in presenza delle attività didattiche che richiedano l'uso dei laboratori e per l'effettiva inclusione gli studenti disabili o con bisogni educativi speciali.

B) Disposizioni finali

La presente ordinanza ha effetto dalla pubblicazione fino al 6 aprile 2021, salva proroga o modifica anticipata disposta con apposita ordinanza conseguente al mutamento delle condizioni di contagio.

La violazione delle presenti disposizioni comporta, salva la responsabilità penale per le pertinenti fattispecie, l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 4 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19 e dall'art. 2 del decreto legge 16 maggio 2020, n. 33, oltre

a quelle previste dalle ordinanze prorogate.

L'accertamento delle violazioni, con possibile applicazione delle misure cautelari, compete agli organi di polizia di cui all'art. 13 della legge n. 689/81; le sanzioni pecuniarie sono destinate all'ente di appartenenza dell'organo accertatore; l'applicazione delle sanzioni pecuniarie e accessorie compete, per quanto riguarda la violazione delle ordinanze regionali, ai comuni ai sensi della l.r. 10/77.

La presente ordinanza viene comunicata alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, all'Ufficio Scolastico Regionale, ai Prefetti, alle Aziende Ulls e ai Sindaci.

È incaricata dell'esecuzione del presente provvedimento la Direzione competente.

Il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Il presente atto è pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Luca Zaia

Sezione seconda

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

(Codice interno: 442823)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 222 del 02 marzo 2021

Recepimento degli Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n.118/CSR del 27 luglio 2020) e sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n.119/CSR del 27 luglio 2020).

*[Sanità e igiene pubblica]***Note per la trasparenza:**

Con il presente atto vengono recepiti gli Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n.118/CSR del 27 luglio 2020) e sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n.119/CSR del 27 luglio 2020).

L'Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue.

La Legge 15 marzo 2010 n. 38, recante le "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", ha previsto l'attivazione delle reti delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di assicurare ai pazienti risposte assistenziali su base regionale, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale e, in tale quadro, la normativa pone una specifica attenzione ad un sistema di accreditamento con un coordinamento a livello regionale ed uno a livello locale, nonché l'integrazione sanitaria e socio sanitaria, il potenziamento dei rapporti tra le equipe operanti a livello ospedaliero e le attività territoriali della medicina generale e con l'attivazione di nuovi percorsi formativi.

In tale quadro normativo:

- L'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR) ha approvato il documento "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e terapia del dolore", che prevede una regia centralizzata a livello regionale e una struttura di coordinamento a livello locale al fine di garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e di pari qualità;
- L'Intesa tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR), di cui l'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, ha quindi definito i requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per l'accREDITAMENTO delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;
- L'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 87/CSR) ha individuato le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore e le strutture sanitarie coinvolte nelle reti di cure palliative e di terapia del dolore, nonché i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità per i professionisti operanti nelle suddette reti;
- L'Intesa stipulata tra il Governo le Regioni e le Province autonome del 19 febbraio 2015 in materia di adempimenti relativi all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie ha indicato le modalità e i termini temporali per l'adozione da parte delle Regioni e delle Aziende sanitarie, dei criteri e dei requisiti di accREDITAMENTO specie di reti assistenziali con particolare riferimento al punto 1.2.3 "Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico".

Con successivo Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 sono stati disciplinati gli aspetti relativi alla definizione e all'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, sancendo in particolare in materia le seguenti disposizioni:

- l'articolo 21 ha previsto l'accesso unitario ai servizi sanitari e socio sanitari, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, nonché la stesura di un piano di assistenza individuale (PAI) che definisce i bisogni terapeutici, riabilitativi e assistenziali;
- l'articolo 23 ha garantito, nell'ambito della rete di cure palliative e attraverso le unità di cure palliative domiciliari, la presa in carico a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo (per le quali non esistono

terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci) al fine della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita;

- l'articolo 31 nell'ambito della rete locale di cure palliative ha garantito alle persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive ed in fase avanzata a rapida evoluzione e a prognosi infausta, l'assistenza sociosanitaria residenziale nei centri di cure palliative specialistiche - *hospice* o nell'ambito dell'assistenza territoriale anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera;
- l'articolo 38 ha incluso, tra le prestazioni del ricovero ordinario per acuti, anche le cure palliative e terapia del dolore;
- l'allegato 4 relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale, ha declinato le attività ambulatoriali di pertinenza della terapia del dolore.

Con il seguente Accordo stipulato in data 17 aprile 2019 tra Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale" (Rep. Atti n. 59/CSR), in particolare al punto 1.6.4 è stato stabilito che, a garanzia della continuità delle cure tra i diversi professionisti intra ed extra ospedalieri nei PDTA dei pazienti oncologici, siano coinvolte le reti locali di cure palliative che operano attraverso percorsi assistenziali integrati a livello domiciliare, residenziale, in regime di ricovero ordinario per acuti e di assistenza specialistica ambulatoriale, con team interdisciplinari dedicati e formati.

Nell'ambito del contesto sopra descritto si collocano, peraltro, gli atti normativi sviluppati a livello regionale nel corso degli anni.

Con Legge Regionale n. 7 del 19 marzo 2009 "Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore" la Regione del Veneto ha inteso garantire adeguate cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e volte ad assicurare agli stessi ed ai loro familiari una migliore qualità di vita, nonché l'accessibilità a trattamenti antalgici efficaci disciplinando il sistema di tutela delle persone con dolore.

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 ha in seguito confermato e rafforzato l'applicazione della L.R. n. 7/2009 prevedendo una evoluzione dei suoi contenuti anche alla luce della L. n. 38/2010, e degli indirizzi ministeriali.

Con DGR n. 2145 del 25.11.2013 sono stati nominati la Commissione per le cure palliative e la lotta al dolore ed il Coordinamento Regionale Cure Palliative e della Terapia del Dolore, attribuendo a quest'ultimo un ruolo strategico nella valutazione sistematica di obiettivi di appropriatezza clinica e organizzativa e nel favorire lo sviluppo delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore in tutto il contesto regionale. La DGR n. 429 del 06.04.2017 ha ricostituito ed aggiornato il Coordinamento regionale e la Commissione regionale per le cure palliative e la lotta al dolore. Nell'ambito delle attività coordinate e monitorate dal Coordinamento regionale rientrano anche le attività connesse alla realizzazione del progetto sperimentale "Ospedale - Territorio senza dolore" di cui alle DDGR n. 2332 del 29.12.2011 e n. 950 del 18.06.2013.

La DGR n. 1530 del 03.11.2015 ha recepito gli atti approvati dalla Conferenza Stato - Regioni relativi alla definizione dei requisiti minimi e delle 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 (Rep. Atti n. 151/CSR del 25 luglio 2012) ed alla individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore (Rep. Atti n. 87/CSR del 10 luglio 2014). Successivamente con DGR n. 1555 del 10.11.2015 è stata recepita l'Intesa Stato-Regioni n. 32/CSR del 19 febbraio 2015 in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie.

Con DGR n. 208 del 28.02.2017 è stato definito il modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto, nel rispetto di quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016.

Il provvedimento ha previsto che ciascuna Azienda Sanitaria realizzi un assetto organizzativo/gestionale che coinvolga e integri tutti gli ambiti assistenziali e garantisca competenze specifiche da parte dei suoi operatori al fine di consentire un'efficace presa in carico e la gestione dei pazienti in Cure Palliative.

In seguito è stato approvato il Percorso integrato di cura a supporto dello sviluppo della rete di cure palliative in età adulta con DGR n. 533 del 30.04.2018 per garantire il continuum delle cure dalle fasi più semplici a quelle più complesse e l'appropriatezza delle cure nel setting assistenziale più adeguato. Con successivo Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 140 del 12.12.2019 è stato approvato il Percorso integrato di cura per la terapia del dolore e le cure palliative in età pediatrica.

Il Piano Socio-Sanitario 2019-2023, approvato con Legge Regionale n. 48 del 28.12.2018, ha ribadito in continuità con l'impianto normativo preesistente la previsione di consolidare la rete delle cure palliative al fine di intercettare i malati che necessitano di cure palliative con qualunque patologia, di privilegiare l'accesso alle cure palliative domiciliari e in *hospice*, riducendo il ricorso all'ospedalizzazione e di garantire la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali.

In questo sistema la Centrale Operativa Territoriale (COT), introdotta con DGR n. 2271 del 10.12.2013, rappresenta lo strumento organizzativo gestionale, che svolge attività di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale ospedaliera e territoriale, tra cui anche le Cure Palliative e la Terapia del Dolore.

Da ultimo, un Tavolo Tecnico di lavoro - composto da esperti della materia e referenti regionali - istituito nell'ambito della sezione "O" del Comitato tecnico sanitario del Ministero della Salute in data 19 luglio 2016, ha elaborato il documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38" che, unitamente al documento relativo all'"Accreditamento delle reti di terapia del dolore", è stato trasmesso al Coordinamento della Commissione Salute in data 23 luglio 2019 per una valutazione preliminare da parte di Regioni e Province autonome.

L'obiettivo generale dei due atti sopra citati - ai quali si è aggiunto l'Accordo relativo alla definizione di profili formativi per le attività di volontariato nelle reti di cure palliative e terapia del dolore recepito con DGR n. 146 del 09.02.2021 - consiste nell'introduzione di un sistema di accreditamento delle reti di cure palliative e terapia del dolore quale presupposto per il governo clinico dei percorsi di cura e assistenza, attraverso un'organizzazione integrata ospedale-territorio in grado di garantire la necessaria continuità delle cure e la corretta gestione del trattamento terapeutico, che si modelli sui bisogni del paziente, che sia flessibile e sempre pronto ad adattarsi alle necessità mutevoli del malato e della sua famiglia a garanzia dell'equità e dell'uniformità di accesso alle cure palliative e della continuità dell'assistenza.

Recepite le richieste pervenute da parte delle Regioni, a seguito dell'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, con il presente provvedimento si propone di recepire l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" Rep. Atti n.118/CSR del 27 luglio 2020, di cui all'**Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento e l'Accordo ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di terapia del dolore ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" Rep. Atti n.119/CSR del 27 luglio 2020, di cui all'**Allegato B**, anch'esso facente parte integrante del presente provvedimento, avviando le azioni conseguenti ai sensi e come disposto dagli Accordi stessi.

Si propone di incaricare il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale di provvedere con proprio decreto alla costituzione di un gruppo di lavoro, indicando modalità e tempistiche al fine di declinare dal punto di vista operativo gli obiettivi ed i contenuti stabiliti dai presenti Accordi. Il documento operativo così formulato sarà valutato per la successiva approvazione con deliberazione giuntale. Tale gruppo, inoltre, predisporrà un documento di armonizzazione per i requisiti di cui all'Accordo al fine di garantire coerenza al sistema di accreditamento regionale e di consentire all'Organismo Tecnico Consultivo di formulare la proposta tecnica da sottoporre alla Giunta Regionale ai sensi dell'art. 10 comma 2 della L.R. 22/2002.

Si dà atto che quanto disposto con il presente provvedimento non comporta spese a carico della finanza pubblica e del bilancio regionale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTA la L. n. 38 del 15.03.2010, recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";

VISTO il DPCM del 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

VISTA la L.R. n. 22 del 16.08.2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali";

VISTA la L.R. n. 7 del 19.03.2009 "Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore";

VISTA la L.R. n. 48 del 28.12.2018 "Piano Socio-Sanitario regionale 2019-2023";

VISTO l'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR) "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e terapia del dolore";

VISTA l'Intesa tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR) "Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore";

VISTO l'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 87/CSR) "Individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore e delle strutture sanitarie coinvolte nelle reti di cure palliative e di terapia del dolore";

VISTA l'Intesa tra il Governo le Regioni e le Province autonome del 19 febbraio 2015 in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie ha indicato le modalità e i termini temporali per l'adozione da parte delle regioni e delle Aziende sanitarie, dei criteri e dei requisiti di accreditamento specie di reti assistenziali con particolare riferimento al punto 1.2.3 "Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico";

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 17 aprile 2019 (Rep. Atti n. 59/CSR) "Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale";

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" Rep. Atti n.118/CSR del 27 luglio 2020;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di terapia del dolore ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" Rep. Atti n.119/CSR del 27 luglio 2020;

VISTA la DGR n. 2271 del 10.12.2013;

VISTA la DGR n. 1530 del 03.11.2015;

VISTA la DGR n. 1555 del 10.11.2015;

VISTA la DGR n. 208 del 28.02.2017;

VISTA la DGR n. 429 del 06.04.2017;

VISTA la DGR n. 533 del 30.04.2018;

VISTA la DGR n. 146 del 09.02.2021;

VISTO il Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 140 del 12.12.2019;

VISTO l'art. 2 comma 2 della L.R. n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di recepire l'Accordo ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" Rep. Atti n.118/CSR del 27 luglio 2020, di cui all'**Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento;
3. di recepire l'Accordo ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" Rep. Atti n.119/CSR del 27 luglio 2020, di cui all'**Allegato B**, parte integrante del presente provvedimento;
4. di incaricare il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale di provvedere, con proprio decreto, alla costituzione di un gruppo di lavoro, indicando modalità e tempistiche al fine di declinare dal punto di vista operativo gli obiettivi ed i contenuti stabiliti dai presenti Accordi. Il documento operativo così formulato, previa valutazioni del caso, verrà quindi approvato con successiva deliberazione giuntale. Tale gruppo, inoltre, predisporrà un documento di armonizzazione per i requisiti di cui all'Accordo al fine di garantire coerenza al sistema di accreditamento regionale e

di consentire all'Organismo Tecnico Consultivo di formulare la proposta tecnica da sottoporre alla Giunta Regionale ai sensi dell'art. 10 comma 2 della L.R. 22/2002;

5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico della finanza pubblica e del bilancio regionale;
6. di incaricare l'U.O. Cure primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali dell'esecuzione del presente atto;
7. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.



REGIONE DEL VENETO

ALLEGATO A DGR n. 222 del 02 marzo 2021

pag. 1 di 17

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38".

Rep. Atti n. *118/CSR del 27 luglio 2020*

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 27 luglio 2020:

VISTO l'articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 197, n. 281, che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA la Legge 15 marzo 2010, n. 38, recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", che ha previsto l'attivazione delle reti delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di assicurare ai pazienti risposte assistenziali su base regionale, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale e, in tale quadro, la normativa pone una specifica attenzione ad un sistema di accreditamento con un coordinamento a livello regionale ed uno a livello locale, nonché l'integrazione sanitaria e sociosanitaria, il potenziamento dei rapporti tra le equipe operanti a livello ospedaliero e le attività territoriali della medicina generale, l'attivazione di nuovi percorsi formativi;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR), di approvazione del documento "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore", che prevede una regia centralizzata a livello regionale e una struttura di coordinamento a livello locale, al fine di garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e di pari qualità sul territorio nazionale;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR) di cui all'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 87/CSR) con il quale sono state individuate le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore e le strutture sanitarie coinvolte nelle reti di cure palliative e di terapia del dolore, nonché i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità per i professionisti operanti nelle suddette reti;



a8b5ce8f





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTA l'Intesa stipulata in data 19 febbraio 2015 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. Atti n. 32/CSR) che indica le modalità e i termini temporali per l'adozione, da parte delle Regioni e delle Aziende sanitarie, dei criteri e dei requisiti di accreditamento, e per la prima volta tratta, nell'Allegato sub A, di un programma per l'accreditamento di reti assistenziali, con particolare riferimento al punto 1.2.3 "Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico";

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", ed in particolare:

- l'articolo 21 che assicura l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociosanitari, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, nonché la stesura di un piano di assistenza individuale (PAI) che definisce i bisogni terapeutici, riabilitativi e assistenziali;
- l'articolo 23 che garantisce, nell'ambito della rete di cure palliative e attraverso le unità di cure palliative domiciliari, la presa in carico a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci al fine della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita;
- l'articolo 31 che, nell'ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, l'assistenza sociosanitaria residenziale nei centri di cure palliative specialistiche - hospice o nell'ambito dell'assistenza territoriale anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera;
- l'articolo 38 che include, tra le prestazioni del ricovero ordinario per acuti, anche le cure palliative;

VISTO l'Accordo stipulato in data 17 aprile 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale" (Rep. Atti n. 59/CSR) e, in particolare, il punto 1.6.4 laddove prevede che, a garanzia della continuità delle cure tra i diversi professionisti intra ed extra ospedalieri nei PDTA dei pazienti oncologici, siano coinvolte le reti locali di cure palliative che operano attraverso percorsi assistenziali integrati a livello domiciliare, residenziale, in regime di ricovero ordinario per acuti e di assistenza specialistica ambulatoriale, con team interdisciplinari dedicati e formati;

VISTA la nota del Ministero della salute del 7 aprile 2020 e diramata alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano il 10 aprile 2020, con la quale è stata trasmessa la documentazione indicata in oggetto, ai fini del perfezionamento di un accordo in sede di Conferenza Stato - Regioni;

VISTA la nota del 19 giugno 2020, diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza in data 23 giugno, con la quale il Coordinamento interregionale in sanità ha trasmesso talune osservazioni relative al provvedimento in parola;

VISTA la nota dell'8 luglio 2020, diramata il 10 luglio 2020 dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza, con la quale il Ministero della salute ha inviato una nuova versione del testo del documento in parola, riformulato dal secondo le osservazioni richieste dalle Regioni;

6



a8b5ce8f



ALLEGATO A DGR n. 222 del 02 marzo 2021

pag. 3 di 17



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

ACQUISITO nel corso della seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" nella versione diramata con nota del 10 luglio 2020;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e di Bolzano, nei seguenti termini:

VISTI:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. che agli articoli da 8 bis a 8-quater disciplina il sistema delle autorizzazioni ed accreditamento istituzionale relativo alle strutture sanitarie e sociosanitarie, al fine di garantire sicurezza e qualità ai cittadini;
- il decreto del Ministro della salute 22 febbraio 2007, n. 43, recante "Regolamento recante: definizione degli standard relativi all'assistenza dei malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311";
- il decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", improntato al principio della valorizzazione delle reti integrate ospedale - territorio sia rispetto alle reti tempo dipendenti sia alle reti funzionali che operano in ambiti complessi e, in particolare, l'allegato 1, punto 10 "Continuità ospedale-territorio" laddove prevede la riorganizzazione della rete per garantire la continuità assistenziale, assicurando meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette e la presa in carico post - ricovero attraverso lo sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica e il completamento dell'attivazione degli hospice;
- il decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019, recante "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria";

CONSIDERATO che con decreto del Direttore generale della programmazione sanitaria del 19 luglio 2016, nell'ambito della Sezione "O" del Comitato tecnico sanitario del Ministero della Salute, è stato istituito un apposito tavolo tecnico di lavoro con esperti della materia e referenti regionali, che ha prodotto un documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38", riservando ad un approfondimento successivo gli aspetti relativi alle specificità della rete di CP e TD pediatrica;

CONSIDERATO, altresì, che l'obiettivo generale del presente accordo consiste nell'introduzione di un sistema di accreditamento della rete, quale presupposto per il governo clinico dei percorsi di cura e assistenza attraverso un'organizzazione che si modelli sui bisogni del paziente, che sia flessibile e sempre pronta ad adattarsi alle necessità mutevoli del malato e della sua famiglia, a garanzia dell'equità e dell'uniformità di accesso alle cure palliative e della continuità dell'assistenza;

RITENUTO che la qualità nell'erogazione delle cure palliative può essere realizzata solo se esistono forti sistemi coordinati di integrazione tra i diversi setting assistenziali e professionali che entrano nel percorso di cura e l'accesso unitario nella rete ha dimostrato, nelle esperienze



6



a8b5ce8f



ALLEGATO A DGR n. 222 del 02 marzo 2021

pag. 4 di 17



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

nazionali ed internazionali, di essere in grado di ottenere miglioramenti nella qualità della vita dei pazienti e dei loro caregiver, progressi nell'efficacia e nell'efficienza dei servizi di cure palliative prevenendo ricoveri ospedalieri spesso evitabili ed inappropriati;

RITENUTO, inoltre, che l'accreditamento della rete costituisce una modalità innovativa capace di migliorare l'erogazione dei servizi, rispondere ai bisogni di salute emergente, affiancando al tradizionale paradigma clinico l'approccio valutativo sistemico della malattia e della complessità dei bisogni con la conseguente rimodulazione degli interventi e dei trattamenti;

TENUTO CONTO che i requisiti indicati nel documento allegato, parte integrante del presente provvedimento, fanno riferimento alle funzioni di governo della rete e delle diverse strutture che lo compongono, e integrano quanto previsto per le singole strutture dalla citata Intesa del 25 luglio 2012, nel rispetto delle prerogative regionali sull'organizzazione dei servizi;

CONSIDERATO che:

- il documento di proposta di accreditamento delle reti di cure palliative, unitamente a quelli relativi all'accreditamento delle reti di terapia del dolore e dei profili formativi del volontariato, sono stati trasmessi al Coordinamento Interregionale della 5 Commissione Salute con nota DGPROGS prot. 21659-P del 23 luglio 2019 per una valutazione preliminare da parte delle Regioni e Province autonome;
- il presente documento ha sostanzialmente recepito le osservazioni formulate dalle Regioni nella predetta sede di confronto, come confermato in esito all'incontro tecnico svolto in data 26 novembre 2019 finalizzato ad una ulteriore valutazione e condivisione del testo con le Regioni che avevano presentato specifiche osservazioni in merito;

SI CONVIENE

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38", Allegato 1, parte integrante del presente atto, nei termini seguenti:

1. le Regioni e le Province autonome si impegnano a recepire formalmente il presente Accordo entro 12 mesi dalla data di approvazione, inserendo i relativi contenuti di accreditamento della rete, volti alla qualificazione dei percorsi di cure palliative, nelle procedure di accreditamento ordinariamente utilizzate. Contestualmente si impegnano ad avviare le procedure per l'accreditamento delle reti locali di cure palliative nel territorio di competenza;
2. le stesse Regioni si impegnano ad attivare un sistema di monitoraggio coerente con quanto indicato nel documento di cui all'Allegato 1;
3. dall'attuazione del presente Accordo non derivano nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate svolgono le attività ivi previste con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Il Segretario
Cons. Elisa Grande



Il Presidente
On. Francesco Boccia



a8b5ce8f



Proposta di accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi dell'articolo 5, comma 3, della legge 15 marzo 2010, n. 38**Premessa**

Il progressivo invecchiamento della popolazione e il miglioramento delle cure nella fase acuta di malattia hanno determinato e determineranno nei prossimi anni profondi mutamenti dei bisogni di salute, con aumento della prevalenza delle patologie croniche e incremento dell'incidenza e prevalenza di condizioni di cronicità complesse e avanzate con criticità cliniche ricorrenti, motivo di crescente utilizzo delle cure ospedaliere.

Per questi malati, ancora oggi, le cure vengono spesso erogate in modo frammentato e non adeguatamente coordinato, con ripetute ospedalizzazioni che si traducono talvolta in trattamenti inappropriati, costosi, con scarsa soddisfazione da parte dei malati stessi e dei loro familiari.

Il Welfare State, e i Servizi Sanitari in particolare, si confrontano quindi con la necessità di fornire risposte nuove e adeguate ai bisogni di una popolazione crescente di malati sempre più anziani, affetti da patologie cronico-degenerative in fase avanzata o terminale, in condizioni cliniche di estrema fragilità e di grave sofferenza.

I sistemi sanitari regionali sono soggetti a importanti cambiamenti in ordine allo sviluppo delle Reti di Cure Palliative, in applicazione della legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore" e successivi provvedimenti attuativi nonché al dPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". Il paradigma delle Cure Palliative rappresenta un importante punto di riferimento per la globalità dell'approccio e per l'articolazione delle strutture organizzative che lo caratterizzano.

Nel promuovere il completamento delle Reti regionali di Cure Palliative, la normativa pone una specifica attenzione ad un sistema di accreditamento che preveda il coordinamento delle Reti locali, l'integrazione sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale, il potenziamento dei rapporti tra le équipe operanti a livello ospedaliero e territoriale, l'attivazione di nuovi percorsi formativi.

L'approccio palliativo, la presa in carico precoce e la continuità delle cure garantite anche a malati con patologie cronico-degenerative in fase avanzata, in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie "pro-attive" che prevedano l'empowerment del malato e dei suoi familiari al momento della diagnosi di malattia oncologica o non oncologica con prognosi severa richiedono:

una specifica caratterizzazione dei percorsi di cura integrati, globalmente considerati, lungo le tre principali traiettorie di malattia: cancro, insufficienza d'organo, malattie cronico degenerative;

- l'adozione di criteri per l'accreditamento delle Reti di assistenza orientati alla valutazione multidimensionale del bisogno, alla presa in carico integrata, al "care management" e alla valutazione dei risultati;
- la modifica degli ordinamenti didattici e la previsione di programmi di Formazione Continua per lo sviluppo di percorsi formativi capaci di preparare i professionisti e di governare la crescente complessità clinica, relazionale e organizzativa.

Le Reti locali di Cure Palliative¹ operano attraverso tre setting assistenziali: le Cure Palliative in Ospedale, con attività di consulenza nei reparti e negli ambulatori; le Cure Palliative Domiciliari di base e specialistiche, che garantiscono anche l'assistenza nelle Residenze per anziani, e le Cure Palliative in Hospice.

¹ Per *Rete locale di Cure Palliative* si intende una aggregazione funzionale e integrata delle attività erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale, che soddisfa specifici requisiti (Rif. Legge n. 38/2010; Intesa 25 luglio 2012 Rep. atti 151/CSR).



a8b5ce8f



Il modello assistenziale proposto per la Rete pediatrica prevede un'unica Rete specialistica di terapia del dolore e Cure Palliative dedicata al paziente pediatrico². Tale Rete, coordinata da uno o più Centri di riferimento, risponde in maniera continuativa e competente a tutti i bisogni di salute di minori che necessitano di terapia del dolore specialistica e di Cure Palliative pediatriche.

Una recente revisione della letteratura scientifica circa il rapporto fra costi e benefici nelle Cure Palliative ha concluso che, sulla base delle evidenze considerate, i servizi di Cure Palliative sono in grado di ridurre i costi per l'assistenza delle persone che si avviano alla fine della vita, attraverso una riduzione del numero e della durata dei ricoveri ripetuti, delle procedure diagnostiche e degli interventi inappropriati. Questi importanti risultati coincidono con un profondo cambiamento che si sta sviluppando nell'organizzazione ed erogazione delle cure al malato fragile.

L'identificazione di fattori, criteri e indicatori qualifica il sistema di assistenza affiancando al paradigma clinico un approccio valutativo sistemico, dalla malattia alla complessità dei bisogni, con la conseguente rimodulazione degli interventi e dei trattamenti.

In questo contesto, la visione globale del malato, l'attenzione al controllo dei sintomi e della qualità della vita, l'appropriatezza e la proporzionalità degli interventi, il lavoro multi professionale in équipe e il coordinamento strutturato della Rete costituiscono elementi chiave per lo sviluppo di una progettualità orientata alla qualità che non intende sostituire quanto piuttosto integrare le procedure di autorizzazione e accreditamento istituzionali, già previste dai sistemi regionali e nazionali.

Tale contesto dovrebbe essere reso più agile da un miglioramento e consolidamento, a livello regionale e territoriale, dei sistemi di monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni e degli indicatori di attività, che attestino il pieno raggiungimento dei requisiti minimi delle strutture dedicate alle cure palliative, ai sensi della normativa vigente.

Razionale – quadro di sintesi

Il bisogno di Cure Palliative

Si stima³ che per l'1,5% della popolazione l'accesso alle Cure Palliative (CP) sia appropriato e necessario, in considerazione dell'invecchiamento generale della popolazione e il costante incremento dell'incidenza e prevalenza di condizioni di cronicità complesse che comportano condizioni cliniche di estrema fragilità e di grave sofferenza.

Approccio patient centred

È necessario sviluppare un'organizzazione che si modelli sui bisogni del paziente, che sia flessibile, sempre pronta ad adattarsi alle necessità mutevoli di malato e familiari.

Una Rete per garantire la continuità delle cure

La qualità nell'erogazione delle CP può essere realizzata solo se esistono forti sistemi coordinati d'interazione tra i soggetti istituzionali e professionali che entrano nel percorso di cura, per assicurare che vengano soddisfatti i bisogni dei pazienti e dei loro familiari.

L'accesso alle Cure Palliative

L'accesso alle CP ha dimostrato in maniera evidente miglioramenti nella qualità della vita dei pazienti e dei loro caregiver. Favorirne l'accesso porterebbe progressi anche nell'efficacia e nell'efficienza dei servizi sanitari, prevenendo ricoveri ospedalieri spesso evitabili o inappropriati.

² Per Rete di Cure Palliative Pediatriche si intende una aggregazione funzionale e integrata delle attività di Terapia del dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale e ospedaliero definito a livello regionale, che soddisfa specifici requisiti (Rif. Legge n. 38/2010; Intesa 25 luglio 2012 Rep. atti 151/CSR).

³ Gómez-Batiste X. et al. *Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study*. Palliative Medicine 2014; 28(4): 302-311



a8b5ce8f



A fronte di una legislazione tra le più innovative in Europa, è necessario tener conto che l'equità, l'appropriatezza, la tutela e la promozione della qualità della vita per i malati non vengono ovunque garantite con il rischio di generare nel Paese gravi disparità e ritardi.

Lo sviluppo delle Reti Locali di Cure Palliative - Quale modello?

È necessario ideare e adottare modelli di cura innovativi, che sappiano portare miglioramenti nell'erogazione dei servizi sanitari per rispondere ai bisogni di salute emergenti. Il modello delle Reti Locali di Cure Palliative che si intende sviluppare prevede l'identificazione di fattori che qualifichino il sistema di assistenza affiancando il paradigma clinico ad un approccio valutativo sistemico della malattia e della complessità dei bisogni, con la conseguente rimodulazione degli interventi e dei trattamenti nella logica del miglioramento continuo della qualità delle cure.

È stato preso come riferimento il modello di certificazione delle reti specialistiche prodotto di un progetto condotto dall'Agenza nazionale per i servizi sanitari nazionali (Agenas) *"Sviluppo di modelli di reti cliniche specialistiche (rete geografica, rete socio-sanitaria, rete infrastrutturale e delle tecnologie, rete IT) ed individuazione e sperimentazione di modelli di certificazione delle cure per disciplina specialistica"* ai sensi del già citato DM 2 aprile 2015, n. 70 laddove il Regolamento prevede che *"All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale"* (Allegato 1, punto 8.1.1.).

Un modello di lettura delle organizzazioni funzionali complesse finalizzato a definire e validare modelli reticolari di assistenza e garantire le premesse per azioni di valutazione e promozione del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure. Per la definizione del Modello di Analisi e Valutazione delle Reti Specialistiche Regionali, è stato preso in considerazione il bagaglio di nozioni sviluppate per percorsi di accreditamento istituzionale di specifiche strutture assistenziali (strutture ospedaliere, strutture extra-ospedaliere e territoriali, strutture ambulatoriali ecc.) integrandole con ulteriori criteri in grado di cogliere le molteplici sfaccettature della specifica tipologia di organizzazione (Rete). Nel progetto, si è fatto riferimento al modello di analisi e sviluppo delle organizzazioni sanitarie offerto da Roberto Vaccani (2012)⁴, per sviluppare e orientare il "Modello di Analisi e Valutazione delle Reti Specialistiche Regionali" verso la misurazione degli esiti legati all'efficacia e all'efficienza dell'unità funzionale nel suo complesso (Rete di specialità), cercando di cogliere gli elementi di qualità sia legati agli elementi strutturali sia a quelli organizzativi.

I principi del modello

Un modello adeguato di clinical governance deve essere:

- Centrato sul paziente e sulla famiglia/caregiver
- Basato sui bisogni
- Accessibile
- Equo (a prescindere da età, diagnosi, residenza, cultura, ...)
- Integrato, garantendo la continuità delle cure
- Disponibile a garantire la possibilità di ricevere cure al proprio domicilio
- Sicuro ed efficiente
- Appropriato in termini di rapporto costo-efficacia

La formazione dei professionisti operanti nella Rete

Il modello, per essere applicato, necessita di una più ampia possibilità di accesso ad una formazione specifica in CP e dello sviluppo di metodologie formative, innovative ed efficaci per il miglioramento delle performance dei professionisti. *"The education of health professionals in the 21st century must focus less on memorizing*

⁴ Vaccani R.: Riprogettare la sanità – Modelli di analisi e sviluppo, Carocci Faber, Roma, 2012



a8b5ce8f



and transmitting facts and more on promotion of the reasoning and communication skills that will enable the professional to be an effective partner, facilitator, adviser and advocate”⁵.

I principali riferimenti internazionali e normativi nazionali

L'organizzazione mondiale della sanità dal 2014 ha adottato una risoluzione specifica per promuovere lo sviluppo, il rafforzamento e l'implementazione di policy di cure palliative integrate.

I servizi di cure palliative promossi sono basati sulle evidenze, costo efficaci, equi in continuità di cura con tutti i livelli assistenziali ed integrati, si sviluppano in contesti di assistenza primaria con il coinvolgimento della comunità e privilegiano l'assistenza domiciliare, rafforzando così i sistemi sanitari nel loro complesso e l'assistenza globale della persona. (*Resolution of OMS A67/31 Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course*).

La creazione di reti per le cure palliative e le cure palliative pediatriche, promossa dalle risoluzioni internazionali e dalla commissione europea recepita nelle regolamentazioni nazionali, ha l'obiettivo di tenere insieme le strutture e il percorso evitando sofferenze e dolore non necessari.

La rete è, quindi, garante dell'equità all'accesso alle cure palliative, dell'integrazione tra i nodi/strutture e le loro equipe, della presa in carico integrata in relazione alle necessità del malato, della sua famiglia e del percorso di continuità di cura. Ha la responsabilità di garantire il governo clinico del percorso e la sua unitarietà.

Gli elementi essenziali della rete sono:

le Unità di cure palliative domiciliari di base e specialistiche, le Strutture residenziali (es. Hospice), le Strutture ospedaliere e le strutture ambulatoriali. Tali strutture operano nell'ambito della rete delle cure palliative locali.

L'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR) sulle “Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore” prevede una Regia centralizzata al livello regionale, formata da una **struttura specificatamente dedicata al coordinamento della rete al livello regionale** e da una struttura di **coordinamento a livello locale/aziendale**.

Le strutture della rete di cure palliative attivate nei due livelli istituzionali (regionale e locale/aziendale) ai sensi dell'**art. 3 della legge n. 38/2010**, devono assolvere alle seguenti funzioni:

Struttura di coordinamento regionale	Struttura locale/aziendale
<i>“per rete si intende l'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali in un ambito territoriale corrispondente all'insieme delle Reti Locali (Aziendali - Interaziendali) che operano nel territorio regionale”</i>	<i>“Per rete locale di CP si intende una aggregazione funzionale integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, in ambito territoriale definito al livello regionale” e che soddisfa i requisiti di cui all'Intesa 25.07.2012</i>
Coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali socio-sanitarie e nelle strutture ospedaliere al fine di garantire approccio omogeneo ed equità di sistema	Tutela del diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative

⁵ Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. Lancet. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58.



a8b5ce8f



ALLEGATO A DGR n. 222 del 02 marzo 2021

pag. 9 di 17

Monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali	Attivazione di un sistema di erogazione di CP in ospedale, hospice e a domicilio, coerente con quanto stabilito dall'art. 5 della legge n. 38/2010, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e assistenza, attraverso Care management, Valutazione multidimensionale, Gestione delle dimissioni protette (Ospedale-hospice-UCP domiciliari), Integrazione con i servizi territoriali socio-sanitari e sociali
Definizione degli indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e assistenza di CP	Definizione e attuazione nell'ambito della rete dei percorsi di presa in carico e di assistenza in cure palliative per i malati ai sensi dell'art. 2 comma 1 legge n.38/2010
Definizione di indicatori quali-quantitativi di CP ivi inclusi gli standard di cui al decreto ministeriale 22 febbraio 2007, n. 43 (pubblicato nella GU, Serie Generale, n.81 del 06.04.2007)	Adozione di sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo di gestione dei percorsi di cure palliative erogati, ivi inclusi gli standard della rete delle cure palliative di cui al decreto 22.02.2007 n. 43
Sviluppo del sistema informativo	Raccolta e trasmissione dei dati al sistema informativo
Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 comma 2 l. 38/2010 e secondo quanto indicato nell'allegato tecnico dell'Accordo Stato-Regioni 10 luglio 2014	Attivazione dei programmi formativi aziendali specifici in cure palliative e terapia del dolore
Promozione e monitoraggio di attività di ricerca in cure palliative	Partecipazione e sviluppo di iniziative di ricerca

Dopo la legge n. 38/2010 sono stati adottati numerosi provvedimenti attuativi che hanno regolato le cure palliative in Italia riconoscendone la disciplina anche nell'ambito delle professioni sanitarie.

L'Intesa 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 152/CSR) di definizione dei requisiti minimi e delle 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 prevede la presenza di determinati requisiti soddisfatti contemporaneamente:

1. Strutture organizzative di erogazione e coordinamento della Rete Locale Cure Palliative (RLCP);
2. Cure Palliative per qualunque 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;
3. Operatività di equipe multi professionali dedicate, ai sensi dell'art.5, comma 2, legge n. 38/2010;
4. Unitarietà del percorso di cure domiciliari;
5. Continuità delle cure;
6. Formazione continua degli operatori;
7. Programmi di supporto psicologico all'equipe;
8. Misurazione della qualità della vita;
9. Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia del malato;
10. Supporto sociale e spirituale a malati e familiari;
11. Programmi di supporto al lutto;
12. Dilemmi etici;
13. Programmi di informazione alla popolazione sulle cure palliative;
14. Programmi di valutazione della qualità delle cure.

L'Intesa 19 febbraio 2015 (Rep. atti n. 32/CSR) in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie prevede un cronoprogramma a 12 e 24 mesi di adeguamento per le Regioni e Province autonome ai criteri e requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR); in particolare al punto **1.2 programmi per lo sviluppo delle reti assistenziali e al punto 1.2.3. Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente**



a8b5ce8f



adulto e pediatrico in attuazione della legge n. 38/2010 fornisce indicazioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Il citato **DPCM 12 gennaio 2017** di aggiornamento dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** ha completato il quadro dei principali provvedimenti normativi in materia di cure palliative recependo la normativa progressivamente adottata e definendo i **seguenti livelli di assistenza nell'ambito della Rete Locale di cure palliative**:

- **all'art. 15 Assistenza specialistica ambulatoriale** che per la prima volta include, nel nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 4, le visite multidisciplinari per le cure palliative inclusa la stesura del Piano di assistenza individuale (PAI) e le visite di controllo, ivi compresa la visita per la rivalutazione del PAI (rispettivamente codici 89.07.A; 89.01. R).
- **all'art. 21 Percorsi assistenziali integrati** prevede l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni (VMD), sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un Piano di assistenza individuale (PAI). L'approccio "per percorso" rappresenta una novità importante, con la VMD che concorre ad identificare il malato con bisogni di cure palliative. Le cure palliative confermate dai LEA in questa cornice escono dall'orizzonte temporale dell'end stage ed estendono il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia in guaribile ad evoluzione sfavorevole.
- **art. 23 Cure palliative domiciliari**, che sono erogate dalle Unità di Cure Palliative- UCP e non più nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata: sono le UCP che erogano sia le cure palliative di base che quelle specialistiche garantendo l'unitarietà e l'integrazione dei percorsi di cura con un'equipe curante di riferimento sul percorso e non sul setting assistenziale. Il coordinamento delle cure è puntualmente caratterizzato, all'art. 23, comma 1, lettere a) e b) e all'art. 21 comma 3, contribuendo a chiarire la responsabilità del rapporto di cura.
- **art. 31 Centri residenziali di Cure palliative - Hospice**: la norma indica che tali strutture garantiscono in ambito territoriale l'assistenza residenziale ai malati nella fase terminale della vita.
- **art. 38 Ricovero ordinario per acuti**. Le cure palliative sono per la prima volta espressamente citate come prestazioni cliniche, farmaceutiche, strumentali, necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico e terapeutico, che devono essere garantite durante l'attività di ricovero ordinario. Il comma 2 stabilisce, infatti, che nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni (..) incluse la terapia del dolore e le cure palliative.

Istituzione del codice di cure palliative e di terapia del dolore

Con decreto del Ministro della salute 21 novembre 2018, di aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 38 del 14.02.2019), sono stati individuati:

- il codice 99 "cure palliative", da utilizzare per i ricoveri in regime diurno per cure palliative, in conformità con le indicazioni di cui all'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012;
- il codice 96 "terapia del dolore", da utilizzare per i ricoveri in terapia del dolore, in conformità con le indicazioni di cui all'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012.

Riserva per le specificità della rete di CP e TD pediatrica

Le tabelle che seguono si riferiscono alla Rete regionale e locale di cure palliative, riservando ad un approfondimento successivo gli aspetti relativi alle specificità della rete pediatrica.



a8b5ce8f



ELEMENTI CARATTERIZZANTI LA RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE

Per **Rete Regionale di Cure Palliative** si intende l'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali in un ambito territoriale corrispondente all'insieme delle Reti Locali (Aziendali - Interaziendali) che operano nel territorio regionale.

Di seguito si esplicitano gli elementi caratterizzanti la rete regionale di cure palliative che la Regione è tenuta ad attivare/prevedere sulla base delle funzioni indicate nell'Accordo Stato - Regioni del 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 239/CSR).

Coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere al fine di garantire approccio omogeneo ed equità di sistema

- a. Istituzione di un organismo di coordinamento regionale, che consiste in una struttura specificatamente dedicata di coordinamento delle Reti Locali (Aziendali - Interaziendali) di Cure Palliative (CP).
La struttura di coordinamento della rete dovrà assolvere le specifiche funzioni indicate nell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR) in materia di linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali.
- b. Partecipazione all'organismo di coordinamento regionale dei direttori/responsabili delle reti locali ed eventuali altri componenti-operanti nelle reti di cure palliative.
- c. Definizione dell'ambito territoriale delle reti locali di cure palliative (aziendali interaziendali) che siano dotate di tutte le strutture/setting assistenziali (Hospice, UCP domiciliari, cure palliative in ambito ospedaliero e specialistico ambulatoriale) e regolamentazione del loro funzionamento.
- d. Adozione di un atto formale di policy che contiene i valori e gli obiettivi di riferimento di medio e lungo periodo in coerenza con le scelte generali della programmazione regionale

Sviluppo del sistema informativo

- a. Istituzione della piattaforma informatica regionale, alla quale si collegano tutte le strutture appartenenti a ciascuna Rete Locale di Cure Palliative, che mette in condivisione il set minimo di informazioni definite a livello regionale.
- b. La piattaforma consente l'utilizzo dello strumento di valutazione multidimensionale adottato al livello regionale e garantisce:
 - la circolazione e l'interconnessione delle informazioni sul percorso del paziente
 - l'alimentazione dei flussi amministrativi per rispondere al debito informativo NSIS
 - la raccolta dati per la produzione della reportistica di livello regionale sul monitoraggio dello sviluppo delle reti locali di cure palliative e in attuazione dei LEA ai sensi del DPCM 12/01/2017.
- c. La trasmissione delle informazioni, sia di carattere sanitario sia gestionale, garantisce in modo tempestivo e trasparente la tracciatura dei bisogni assistenziali rilevati con la VMD, delle prestazioni e dei servizi previsti nel PAI, (Piano Assistenziale Individuale), delle prestazioni e dei servizi erogati dall'equipe, della rivalutazione periodica dei bisogni per la pianificazione dei percorsi e delle cure



a8b5ce8f



Sviluppo di un sistema di monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali, delle loro attività e definizione degli indicatori quali-quantitativi di CP ivi inclusi gli standard di cui al decreto 22 febbraio 2007 n. 43 (GU, Serie Generale, n.81 del 06.04.2007)

- a. Definizione e formalizzazione di un set di indicatori qualitativi-quantitativi per il monitoraggio delle attività delle reti locali di cure palliative anche al fine di misurare il soddisfacimento del bisogno di Cure Palliative sulla base degli standard previsti dalla normativa e dalla letteratura scientifica.
- b. Indicatori sulla presa in carico da parte della rete di cure palliative: Le Regioni definiscono periodicamente un set di indicatori per il monitoraggio dello sviluppo e del funzionamento delle reti locali di cure palliative, tenendo conto di quanto previsto dal Nuovo sistema di garanzia dei LEA, con relativa reportistica da parte della rete locale di cure palliative
- c. Misurazione della completezza del soddisfacimento del bisogno di CP sulla base degli standard previsti della legge n. 38/2010.

Definizione degli indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e assistenza di CP

- a. Adozione di un documento contenente linee di indirizzo e criteri omogenei sui percorsi di cura nelle fasi di accesso, valutazione multidimensionale, redazione del Piano di assistenza individuale (PAI), erogazione delle prestazioni e servizi assistenziali di CP inclusi il monitoraggio e la rivalutazione del PAI

Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8, comma 2, della legge n. 38/2010, secondo quanto indicato nell'allegato tecnico dell'Accordo Stato-Regioni 10 luglio 2014 (Rep. atti n. 87/CSR)

I programmi coprono le seguenti aree di competenza

- a. Competenze organizzative
- b. Competenze psico-relazionali e psicosociali
- c. Competenze etiche
- d. Competenza nella ricerca
- e. Competenze di formazione (ossia capacità di trasferire e comunicare le proprie competenze all'interno e all'esterno della équipe)
- f. Competenze professionali specifiche



a8b5ce8f



REQUISITI DELLE RETI LOCALI DI CURE PALLIATIVE

(Ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 (Rep. atti n. 151/CSR) - paragrafo su "Dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la Rete Locale di Cure Palliative" ai fini dell'accreditamento delle strutture)

La rete locale di Cure Palliative è intesa come "una aggregazione funzionale integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, in ambito territoriale definito al livello regionale".

La funzione principale della rete, attraverso i suoi nodi, è quella di accogliere e valutare il bisogno di cure palliative del paziente e della sua famiglia, definire il percorso di cura individuando il setting assistenziale più adeguato in relazione allo sviluppo della malattia e garantire l'assistenza in tutti i setting assistenziali (ospedale, ambulatorio, hospice, domicilio) e la continuità di cura.

Prerequisito per l'accreditamento della RLCP è l'accreditamento delle strutture che la costituiscono, ai sensi del decreto legislativo 23 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, dell'Intesa Stato-Regioni 25 luglio 2012 e del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza: i requisiti descritti dal presente documento integrano i requisiti generali di sistema e specifici (organizzativi, tecnologici, strutturali) già previsti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle stesse strutture, presso le quali sono erogate le prestazioni, e/o dei requisiti prescritti da altra eventuale normativa interveniente.

1.0	Organizzazione / sistema di governo
1.1 istituzione della RLCP	La rete Locale di Cure Palliative è istituita con un atto formale della Regione o dell'azienda sanitaria pubblica secondo gli indirizzi regionali ⁶
1.2 sistema di governance della rete (criterio 2 dell'Intesa 25.7.2012)	<p>La Regione o l'azienda sanitaria pubblica secondo gli indirizzi regionali:</p> <p>a. istituisce l'organismo di coordinamento della rete locale (di seguito Organismo di coordinamento) ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 239/CSR), esplicitandone la composizione: coordinatore di rete e referenti delle singole strutture, rappresentanti di tutte le figure professionali coinvolte e di una rappresentanza delle associazioni di volontariato del settore;</p> <p>b. identifica le funzioni del Coordinatore e dell'organismo di coordinamento della rete locale per la gestione/funzionamento della Rete; identifica le strutture che compongono la rete (Unità di Cure Palliative domiciliari di base e specialistica, hospice, ambulatori, strutture ospedaliere)</p> <p>Il Coordinatore della rete e l'Organismo di Coordinamento operano nella Rete Locale CP per garantirne la reale operatività.</p>

⁶, nel presente documento, per "Aziende sanitarie pubbliche" si intendono quelle che gestiscono ed erogano la cura e l'assistenza.



a8b5ce8f



<p>1.3 piani di intervento per lo sviluppo della rete locale di CP e funzioni dell'organismo di coordinamento (criteri 1, 2 e 13 dell'Intesa 25.7.2012)</p>	<p>L'organismo di coordinamento redige, approva e aggiorna periodicamente il Piano di rete locale che esplicita:</p> <ol style="list-style-type: none"> gli obiettivi specifici annuali per lo sviluppo e il funzionamento della rete nonché l'individuazione delle particolari competenze distintive di ciascuna struttura della rete l'identificazione delle strutture e dei servizi sul territorio che concorrono a supportare-migliorare l'erogazione delle cure palliative (strutture ospedaliere, territoriali, IRCCS, aziende sanitarie, l'eventuale integrazione con componente universitaria, servizi sociali del Comune, i servizi del volontariato) modalità di coinvolgimento del cittadino e delle sue rappresentanze, sia nella fase di pianificazione sia nella fase di monitoraggio delle attività di rete le strategie di comunicazione e informazione ai cittadini
	<p>L'organismo di coordinamento, in coerenza con le indicazioni regionali, inoltre:</p> <ol style="list-style-type: none"> individua i punti e i criteri di accesso alla rete e alle sue strutture nonché le modalità di presa in carico del paziente compresi gli ospiti delle strutture residenziali sociosanitarie e nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, anche attraverso consulenze specialistiche in regime di degenza (RO, DH, DS); ciò per garantire le cure palliative in coerenza con la normativa nazionale e gli indirizzi regionali definisce l'organizzazione del percorso di cura che si realizza dalla segnalazione del caso fino alla sua conclusione assicurando la continuità assistenziale in funzione dell'evoluzione del bisogno; identifica procedure condivise tra le strutture della Rete per gli aspetti clinico-assistenziali e di supporto ai caregiver e alla famiglia; predispone il piano annuale di sviluppo formativo delle competenze, previste dalla normativa vigente (<i>specificato al successivo punto 6.1 requisito sulla formazione continua degli operatori della rete</i>) sviluppa attività di ricerca/condivisione di buone pratiche clinico assistenziali e organizzativo, gestionali della rete di CP identifica i programmi sistematici di valutazione e miglioramento delle attività e promuove la misurazione della qualità di vita dei malati assistita con strumenti validati. predispone la carta dei servizi contenente informazioni per i cittadini inerenti le attività, l'organizzazione, le modalità di accesso alla stessa ed i servizi offerti dalla RLCP anche con il contributo delle associazioni di volontariato e non profit operanti nel settore, assicurandone la divulgazione.
2.0	Risorse umane, tecnologiche, economiche del coordinamento della rete
2.1	L'azienda sanitaria pubblica individuata dalla regione nell'ambito territoriale come sede della rete locale di CP garantisce le necessarie dotazioni di personale, strutture e tecnologie per le attività di coordinamento della rete e l'operatività della stessa rispetto al fabbisogno determinato in sede regionale.
3.0	Processi assistenziali: percorsi di cura
3.1 (criteri 3, 4, 14 dell'Intesa 25.7.2012)	La Rete Locale di CP dispone di procedure condivise, aggiornate periodicamente, basate sulle evidenze scientifiche, per la pianificazione delle cure palliative oncologiche e non oncologiche, per l'interazione tra i diversi

6



a8b5ce8f



ALLEGATO A DGR n. 222 del 02 marzo 2021

pag. 15 di 17

	soggetti istituzionali e professionali coinvolti nel percorso di cura, incluse la famiglia e le associazioni di volontariato che operano all'interno della rete. Le procedure sono di tipo clinico organizzativo a garanzia dell'accessibilità, integrazione dei percorsi assistenziali e continuità di cure e si applicano in modo omogeneo a tutte le strutture afferenti alla rete locale di cure palliative.
3.2 (criterio 3 dell'Intesa 25.7.2012).	La Rete Locale di CP è costituita da strutture che si avvalgono di equipe multiprofessionali con personale dedicato ai sensi dell'art.5, comma 2, della legge n.38/2010. Le equipe delle cure palliative domiciliari, nell'ambito dell'accesso unitario ai servizi, si integrano con le cure domiciliari e con l'assistenza sanitaria di base (articoli 4, 21, 22, 23 del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza).
4.0	Processi Assistenziali: Dimissioni protette
4.1	Nell'ambito della Rete Locale di CP si adotta una procedura che assicura e documenta programmi di dimissione ospedaliera protetta e/o assistita per garantire la continuità di cura palliativa nel setting assistenziale adeguato (in hospice, al domicilio, in residenza assistenziale).
4.2	La Rete Locale di CP è dotata di un sistema informativo per la condivisione dei Piani di Assistenza Individuale (PAI) e la circolazione delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, tra i professionisti della Rete relativi ai trasferimenti e i processi di dimissione dei pazienti in setting diversi, (in coerenza con il sistema informativo adottato al livello regionale).
5.0 (Criteri 8 e 14 dell'Intesa 25.7.2012)	Processi Assistenziali: Monitoraggio della Qualità
5.1	La Rete Locale di CP adotta/applica un sistema formalizzato di misurazione per monitorare la qualità dei processi di cura e assistenza erogati nell'ambito della Rete locale in coerenza con il sistema sviluppato al livello regionale.
5.2	All'interno della Rete Locale di CP si effettuano periodicamente audit di rete per la discussione ed il miglioramento degli aspetti organizzativi e assistenziali dei percorsi assistenziali nella rete e produce relativa documentazione.
5.3	La Rete Locale di CP raccoglie documentazione dalle strutture operanti al suo interno in merito all'utilizzo di strumenti validati di misurazione della qualità di vita nei malati assistiti (es. somministrazione di test con scale ad hoc).
6.0 (Criterio 6 dell'Intesa 25.7.2012)	Processi di supporto: Formazione continua degli operatori della rete
6.1	L'organismo di coordinamento , d'intesa con le strutture che compongono la rete, definisce il piano di formazione annuale multidisciplinare e multiprofessionale per gli operatori della rete individuando i relativi obiettivi formativi in coerenza con quanto previsto dall'art. 8, comma 2, della legge n. 38/2010, dall'Accordo 10 luglio 2014 (Rep. atti n. 87/CSR) e dai programmi obbligatori di formazione continua di cure palliative regionali.
6.2	L'organismo di coordinamento , d'intesa con le strutture che compongono la rete, promuove e monitora il grado di raggiungimento degli obiettivi formativi tramite reportistiche delle strutture sanitarie operanti nella rete e tramite i Dossier formativi individuali dei professionisti operanti nella rete sono annualmente verificati dall'organismo di coordinamento
6.3	L'organismo di coordinamento , d'intesa con le strutture che compongono la rete, promuove iniziative per la formazione dei volontari operanti nella rete di CP.
7.0	Processi di supporto: Processi sociali
7.1	La Rete Locale di CP raccoglie documentazione dalle strutture operanti nella rete in merito alle attività previste dall'Intesa 25 luglio 2012 in relazione a:



a8b5ce8f



ALLEGATO A DGR n. 222 del 02 marzo 2021

pag. 16 di 17

(Criteri 6, 7 e 11 dell'Intesa 25.7.2012)	<ul style="list-style-type: none"> a. programma di supporto psicologico e di prevenzione del burn-out per gli operatori che lavorano alla Rete Locale di CP; b. risposte organizzate ai bisogni sociali e spirituali di malati e familiari; c. programmi di supporto per i familiari dei malati assistiti in caso di lutto patologico
7.2 (Criterio 12 dell'Intesa 25.07.2012).	La Rete Locale di CP definisce le procedure per la discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si dovessero presentare, anche per quanto riguarda le procedure di eventuale segnalazione ad un Comitato Etico di riferimento
8.0 (Criterio 13 dell'Intesa 25.7.2012)	Processi strategici gestionali: comunicazione/trasparenza
8.1	L'azienda sanitaria pubblica sede/capofila della Rete Locale di CP istituisce una pagina dedicata sul proprio sito aziendale nella quale mette a disposizione le informazioni sulle funzioni svolte dalla Rete Locale di CP e dalle strutture che la costituiscono.
8.2	<ul style="list-style-type: none"> a. La Rete Locale di CP redige, aggiorna periodicamente e pubblica (via web, in forma cartacea, etc) la Carta dei servizi della Rete Locale CP avvalendosi anche dell'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza; b. la Rete Locale di CP garantisce che la Carta dei servizi contenga informazioni sulle strutture servizi, percorsi assistenziali e prestazioni della Rete Locale CP pubblica
8.3	<p>La Rete Locale di Cure Palliative diffonde in un'area web dedicata alla rete locale delle CP dei dati rilevati dai sistemi di monitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. della qualità percepita; b. dell'umanizzazione dell'assistenza; c. dell'esperienza dei pazienti; d. delle azioni di miglioramento

L'ente che rilascia il provvedimento di accreditamento della rete locale di cure palliative è il medesimo ente, previsto dalle singole normative regionali, che rilascia l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie. Le modalità per il rilascio dell'accreditamento e per la verifica periodica in ordine al mantenimento dei requisiti previsti dal presente documento sono quelle già definite dalle Regioni e Province autonome per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie.



a8b5ce8f



Riferimenti bibliografici

- ⇒ Resolution of OMS A67/31 Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course del 4 aprile 2014
- ⇒ DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"
- ⇒ Regione Lazio DCA 16 novembre 2016 n. U00360 "Indirizzi per l'implementazione della rete locale di cure palliative"
- ⇒ Regione Emilia Romagna DGR 31 ottobre 2016, n. 1770 "Requisiti specifici per l'accreditamento della Rete locale di cure palliative"
- ⇒ Regione Lombardia DGR 28 novembre 2016, n. X/5918 "Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario."
- ⇒ European Pathway Association- EPA <http://e-p-a.org/care-pathways/>
- ⇒ Quill T.E., Abernethy A.P. "Generalist plus specialist palliative care: creating a more sustainable model" N.Engl.J.Med. March 7, 2013
- ⇒ McNamara B.A., Rosenwax L.K. et al. "Early admission to community-based palliative care reduces use of emergency departments in the ninety days before death" J. Pall. Medicine 2013;16:N.7
- ⇒ Building integrated palliative care programs and services. Gomez-Batiste X. & Connor S., 2017
- ⇒ Percorso integrato per la presa in carico del malato in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di cure palliative. Un modello di clinical governance per lo sviluppo delle Reti Locali di Cure Palliative. Documento di consenso - Firenze, 27 giugno 2015.



a8b5ce8f





REGIONE DEL VENETO

ALLEGATO B DGR n. 222 del 02 marzo 2021

pag. 1 di 16



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38, sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore"

Rep. Atti n. *119/CSR del 27 luglio 2020*

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 27 luglio 2020

VISTO l'articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 197, n. 281, che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il quale disciplina, tra l'altro, agli articoli da 8-bis a 8-quater, il sistema delle autorizzazioni ed accreditamento istituzionale relativo alle strutture sanitarie e sociosanitarie, al fine di garantire sicurezza e qualità ai cittadini;

VISTA la legge 15 marzo 2010, n. 38, recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", che ha previsto tra l'altro l'attivazione delle reti della terapia del dolore al fine di assicurare ai pazienti risposte assistenziali su base regionale, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, ed ha inserito una serie di disposizioni volte a rafforzare la terapia del dolore sia in ambito ospedaliero che territoriale;

VISTO l'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 239/CSR), con il quale sono state approvate le "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore", le quali prevedono l'attivazione di due livelli istituzionali nella rete di terapia del dolore a livello regionale e aziendale, stabilendo che la struttura regionale svolga compiti di coordinamento, promozione, indirizzo e monitoraggio di attuazione della rete per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico assistenza nell'ambito della rete, mentre spettano alle strutture aziendali, tra l'altro, l'attivazione del sistema di erogazione di terapia del dolore basato sull'interazione di tutti i nodi della rete (centri hub, centri spoke e ambulatori di medicina generale);

VISTA l'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 (Rep. atti n. 151/CSR), sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accREDITAMENTO delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;

VISTO l'Accordo Stato Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. atti n. 87/CSR), con il quale sono state individuate le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore e le strutture sanitarie coinvolte nelle suddette reti ed i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità per i professionisti operanti nelle reti;

8



c249084f





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTO il decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” improntato al principio della valorizzazione delle reti integrate ospedale-territorio sia rispetto alle reti tempo dipendenti sia alle reti funzionali che operano in ambiti complessi e in particolare il punto 3.1 il quale indica i bacini di utenza delle strutture ospedaliere per la terapia del dolore e al punto 8.1 che prevede la realizzazione della rete di terapia del dolore nell’ambito delle reti che integrano l’attività ospedaliera per acuti e post acuti con l’attività territoriale;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 recante “Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, ed in particolare l’articolo 38 che include, tra le prestazioni del ricovero ordinario per acuti, anche la terapia del dolore, e l’allegato 4 relativo all’assistenza specialistica ambulatoriale, con le relative attività ambulatoriali di pertinenza alla terapia del dolore;

VISTO inoltre l’articolo 21 del medesimo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, che prevede la definizione, nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza, di percorsi assistenziali integrati, che al comma 2 prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisce l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, e che le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio dei percorsi di cura nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale;

VISTA l’Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 (Rep. atti n. 32/CSR), in materia di adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie, la quale indica le modalità ed i termini temporali per l’adozione, da parte delle Regioni e delle Aziende sanitarie, dei criteri e dei requisiti di accreditamento per ciascuna delle predette reti, e per la prima volta tratta nell’allegato sub A di un programma per l’accreditamento di reti assistenziali, con particolare riferimento al punto 1.2.3 “Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico”;

VISTO l’Accordo Stato Regioni del 17 aprile 2019 (Rep. atti n. 59/CSR), sul documento recante “Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l’attività ospedaliera per acuti e post acuti con l’attività territoriale”, in particolare il punto 1.6.5 “Rete di terapia del dolore” che sottolinea l’importanza della valutazione del dolore attraverso strumenti validati;

CONSIDERATO che l’obiettivo generale del presente accordo consiste nell’introduzione di un sistema di accreditamento della rete di terapia del dolore, quale presupposto per la gestione dei percorsi assistenziali delle persone con dolore cronico attraverso un’organizzazione integrata ospedale-territorio in grado di garantire la necessaria continuità delle cure e la corretta gestione del trattamento terapeutico;

TENUTO CONTO che i requisiti indicati nel documento allegato, parte integrante del presente atto, fanno riferimento alle funzioni di governo della rete e delle diverse strutture che lo compongono ed integrano quanto previsto per le singole strutture dalla sopra citata Intesa del 25 luglio 2012;

6



c249084f



ALLEGATO B DGR n. 222 del 02 marzo 2021

pag. 3 di 16



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTA la nota del 7 aprile 2020, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di accordo in epigrafe, tempestivamente diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza alle Regioni ed alle Province autonome;

VISTA la nota del 19 giugno 2020, con la quale il Coordinamento della Commissione salute, Regione Piemonte, ha trasmesso un documento di proposte emendative sul testo, tempestivamente diramato dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza al Ministero della salute;

VISTA la nota dell'8 luglio 2020, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la nuova versione del testo dell'accordo, riformulato secondo le richieste delle Regioni, tempestivamente diramato dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza alle Regioni ed alle Province autonome;

ACQUISITO nel corso della seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul documento recante "Accreditamento delle reti di terapia del dolore" nei seguenti termini:

SI CONVIENE

1. Le Regioni e le Province autonome si impegnano a recepire formalmente il presente Accordo entro dodici mesi dalla data di approvazione dello stesso, inserendo i relativi contenuti di accreditamento della rete, volti alla qualificazione dei percorsi di terapia del dolore, nelle procedure di accreditamento ordinariamente utilizzate. Contestualmente si impegnano ad avviare le procedure per l'accreditamento delle reti locali di terapia del dolore nel territorio di competenza.
2. Le stesse Regioni si impegnano ad attivare un sistema di monitoraggio coerente con quanto indicato nel documento di cui all'Allegato 1, parte integrante del presente atto.
3. Dall'attuazione del presente Accordo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate svolgono le attività ivi previste con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

IL SEGRETARIO
Cons. Elisa Grande



IL PRESIDENTE
On. Francesco Boecia

A



c249084f



Am. 1

Proposta di accreditamento delle reti di terapia del dolore, ai sensi dell'articolo 5, comma 3, della legge 15 marzo 2010, n. 38**Premessa**

Il dolore è un'esperienza ubiquitaria ed universale dell'essere umano, frequente causa di disabilità e del peggioramento della qualità della vita di molte persone che soffrono.

E' dimostrato che le conseguenze economiche individuali, familiari e sociali del dolore ricorrente, persistente o cronico, diventano sempre più significative, anche in considerazione dell'invecchiamento progressivo della popolazione.

Per questi malati, ancora oggi, le cure vengono spesso erogate in modo frammentato e non adeguatamente coordinato, con ripetute ospedalizzazioni che si traducono talvolta in trattamenti inappropriati, costosi, con scarsa soddisfazione da parte dei malati stessi e dei loro familiari.

Si sottolinea che la definizione "Terapia del Dolore" non identifica la semplice erogazione di cure, bensì una disciplina specialistica al cui interno si individuano percorsi di diagnosi, di terapia, di riabilitazione e di gestione specifici della persona affetta da dolore acuto persistente, ricorrente o cronico. **In particolare, la terapia del dolore non va intesa come mera esecuzione dei trattamenti bensì come "Medicina e terapia del dolore", valorizzando pertanto le diverse fasi, tra loro complementari, di diagnosi e terapia.**

Il Welfare State, e i servizi sanitari in particolare, si confrontano quindi con la necessità di fornire risposte nuove e adeguate ai bisogni di una popolazione crescente di malati sempre più anziani, affetti da patologie cronico-degenerative che causano dolore persistente, ricorrente o cronico in condizioni cliniche di estrema fragilità e di grave sofferenza.

Lo sviluppo delle Reti di Terapia del Dolore (RTD) è previsto dalla legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e dai successivi provvedimenti attuativi, nonché dal dPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" e dal DM 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Nel promuovere il completamento delle Reti di Terapia del Dolore la normativa pone una specifica attenzione ad un sistema di accreditamento che prevede il coordinamento delle reti sia a livello regionale che locale, l'integrazione sanitaria e sociosanitaria, il potenziamento dei rapporti tra le équipe operanti a livello ospedaliero e le attività territoriali della medicina generale, senza dimenticare l'attivazione di nuovi percorsi formativi.

La cura del dolore, la gestione del paziente sofferente e il suo reinserimento in una vita attiva, la continuità delle cure, garantite a persone malate di ogni età, in una prospettiva di integrazione e complementarietà rispetto alle opportunità terapeutiche di altre discipline (fisiatria, reumatologia, neurochirurgia, ortopedia, ecc.) che prevedano la stretta collaborazione tra Anestesisti-specialisti in Terapia del Dolore e Medici di Medicina Generale richiedono:

6



c249084f



- la specifica caratterizzazione delle metodiche antalgiche e quindi dei percorsi di cura o PDTA (percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali) che tengano in considerazione i diversi setting di diagnosi e trattamento;
- l'adozione di criteri per l'accreditamento delle reti di cura e di assistenza orientati alla valutazione multidimensionale del bisogno, alla presa in carico integrata, alla valutazione dei risultati;
- il potenziamento della formazione specifica all'interno della disciplina di "Anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva e Terapia del Dolore", e la previsione di programmi per lo sviluppo di percorsi formativi capaci di preparare i discenti allo specifico ruolo di "Terapisti del Dolore" e quindi di governare la crescente complessità clinica-terapeutica, relazionale e organizzativa.

La Rete di Terapia del Dolore (RTD) è una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità, e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo.

Le Reti di Terapia del Dolore operano attraverso tre setting di cura:

- a livello ospedaliero, dove sono attivi i primi due setting di cura classificati come Centri di diversa complessità denominati "Hub e Spoke";
- **a livello ambulatoriale, domiciliare e residenziale anche attraverso le forme di aggregazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la medicina generale in rapporto funzionale con i centri Spoke;**
- Se consideriamo il rapporto tra costi e benefici nella Terapia del Dolore, come è stato dimostrato in alcune sindromi dolorose e per alcuni trattamenti, si è rilevata in alcune patologie una significativa riduzione dei costi, attraverso una riduzione del numero e della complessità degli interventi e della durata dei ricoveri ripetuti.

Questi importanti risultati coincidono con quanto si riscontra nella pratica quotidiana ipotizzando un profondo cambiamento nell'organizzazione e nella erogazione delle cure ai pazienti con dolore.

L'identificazione di fattori, criteri e indicatori qualifica il sistema di cura, affiancando al paradigma clinico un approccio valutativo sistemico, dalla malattia alla complessità dei bisogni, con la conseguente rimodulazione degli interventi e dei trattamenti.

In questo contesto, la visione globale del malato e della sindrome di dolore, l'attenzione al controllo e della qualità della vita, l'appropriatezza e la proporzionalità degli interventi, e il coordinamento strutturato della Rete della Terapia del Dolore costituiscono elementi chiave per lo sviluppo di una progettualità orientata all'accreditamento che non intende sostituire quanto piuttosto integrare le procedure di autorizzazione e accreditamento istituzionali, già previste dai sistemi regionali e nazionali.

Tale contesto dovrebbe essere reso più agile da un miglioramento e consolidamento, a livello regionale e territoriale, dei sistemi di monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni e degli indicatori di attività, che attestino il pieno raggiungimento dei requisiti minimi delle strutture dedicate alla terapia del dolore ai sensi della normativa vigente.

6



c249084f



Razionale – quadro di sintesi

Il bisogno di terapia del dolore

In base a valutazioni epidemiologiche di recenti studi internazionali e nazionali, allo stato attuale si valuta che la **prevalenza** nella popolazione italiana di persone affette da **dolore cronico severo** (inteso come dolore di intensità uguale o superiore a 7 in una scala numerica da 0 “assente” a 10 “di massima intensità”) sia ogni anno compreso fra gli **800.000** ed il **milione** di residenti. I dati aumentano ad almeno il doppio se si comprendono anche coloro che lamentano la presenza di dolore cronico “**moderato**” (di intensità compresa fra 4 e 6). Questa popolazione rappresenta l’**utenza potenziale** della rete nazionale di terapia del dolore.

Una stima “proxy” tratta dalla letteratura e dall’esperienza sul campo, relativa ai pazienti affetti da “**Dolore Malattia**”, li valuta al **3%** di tutta la popolazione affetta da “**Dolore cronico severo**”, quindi tra i **24.000** ed i **30.000** ogni anno. Questo dato va molto probabilmente ulteriormente incrementato in quanto anche tra i malati affetti da dolore cronico di intensità moderata, si sviluppano le complessità tipiche del “Dolore Malattia” a causa del perdurare nel tempo, ad esempio per anni, della sindrome algica (2 - 3).

Approccio “patient centred”

È necessario sviluppare un’organizzazione che si modelli sui bisogni del paziente e del quadro clinico, che sia flessibile, sempre pronta ad adattarsi alle possibili evoluzioni della malattia e del dolore e delle disabilità correlate.

Una Rete per garantire la diversa complessità e continuità delle cure

La qualità nell’erogazione della terapia del dolore può essere realizzata solo se esistono forti sistemi coordinati d’interazione tra i soggetti istituzionali e professionali che entrano nel percorso di cura, per assicurare che vengano soddisfatti i bisogni dei pazienti e dei loro familiari.

L’accesso alla Rete di Terapia del dolore (RTD)

L’accesso alla terapia del dolore ha dimostrato in maniera evidente il recupero delle attività della vita quotidiana, compreso l’attività lavorativa e naturalmente il miglioramento della qualità della vita.

Favorire l’accesso alla RTD porterebbe progressi anche nell’efficacia e nell’efficienza dei servizi sanitari, prevenendo ricoveri ospedalieri spesso evitabili o inappropriati.

A fronte di una legislazione italiana tra le più innovative in Europa, è necessario tener conto che l’equità, l’appropriatezza, la tutela e la promozione della qualità della vita per i malati non vengono ovunque garantite con il rischio di generare nel Paese disparità e ritardi.

Lo sviluppo della Rete Regionale (RRTD) di Terapia del Dolore - Quale modello?

È necessario ideare e adottare modelli erogativi di diagnosi e cura innovativi, che sappiano portare miglioramenti nell’erogazione dei servizi sanitari per rispondere ai bisogni di salute emergenti. Il modello delle RRTD che si intende sviluppare prevede l’identificazione di fattori che qualificano il sistema di diagnosi e cura affiancando il paradigma clinico ad un approccio valutativo sistemico del dolore e della malattia, ma anche della complessità dei bisogni, con la conseguente rimodulazione degli interventi e dei trattamenti nella logica del miglioramento continuo.



c249084f



E' stato preso come riferimento il modello di certificazione delle reti specialistiche prodotto di un progetto condotto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) "Sviluppo di modelli di reti cliniche specialistiche (rete geografica, rete socio-sanitaria, rete infrastrutturale e delle tecnologie, rete IT) ed individuazione e sperimentazione di modelli di certificazione delle cure per disciplina specialistica", ai sensi del già citato DM 2 aprile 2015, n. 70 laddove il Regolamento prevede che "All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale"(Allegato 1, punto 8.1.1.). Un modello di lettura delle organizzazioni funzionali complesse specifico finalizzato a definire e validare modelli reticolari di assistenza e garantire le premesse per azioni di valutazione e promozione del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

Nel progetto, per la definizione del "Modello di Analisi e Valutazione delle Reti Specialistiche Regionali" è stato preso in considerazione il bagaglio di nozioni sviluppate per percorsi di accreditamento istituzionale di specifiche strutture assistenziali (strutture ospedaliere, strutture territoriali, strutture ambulatoriali ecc.) integrandole con ulteriori criteri in grado di cogliere le molteplici sfaccettature della specifica tipologia di organizzazione (Rete). Si è fatto riferimento al modello di analisi e sviluppo delle organizzazioni sanitarie offerto da Roberto Vaccani (2012), per sviluppare e orientare il "Modello di Analisi e Valutazione delle Reti Specialistiche Regionali" verso la misurazione degli esiti legati all'efficacia e all'efficienza dell'unità funzionale nel suo complesso (Rete di specialità), cercando di cogliere gli elementi di qualità sia legati agli elementi strutturali sia a quelli organizzativi.

I principi del modello

Un modello adeguato di *clinical governance* deve essere:

- Universale
- Centrato sul paziente e sulla famiglia
- Basato sui bisogni
- Accessibile (garantendo l'accoglienza)
- Trasparente
- Equo (a prescindere da età, diagnosi, residenza, cultura, ...)
- Integrato, garantendo il continuum delle cure dalle fasi più semplici a quelle più complesse nei diversi Centri e setting di cura della Rete)
- Disponibile a garantire la possibilità di ricevere cure al proprio domicilio
- Sicuro ed efficiente
- Appropriato in termini di rapporto costo-efficacia nell'erogazione delle prestazioni antalgiche

La formazione dei professionisti operanti nella Rete

Il modello, per esser applicato, necessita di un'ampia possibilità di accesso alla formazione specifica in terapia del dolore e dello sviluppo di metodologie formative innovative ed efficaci per il miglioramento delle performance dei professionisti. "The education of health professionals in the 21st century must focus less on memorizing and transmitting facts and more on promotion of the reasoning and communication skills that will enable the professional to be an effective partner, facilitator, adviser and advocate".(The Lancet v 376, 2010)

La peculiarità della formazione dei medici operanti nella rete di TD, pur appartenendo alla disciplina di Anestesia Rianimazione, Terapia intensiva e del Dolore, rende necessario un periodo di formazione specifica teorico-pratica presso centri Hub della rete che porti al raggiungimento di



competenze specifiche e di unicità di ruolo, indispensabili per garantire l'appropriatezza diagnostico-terapeutica.

Per le patologie complesse la gestione del dolore può prevedere un approccio interdisciplinare sia con team dedicati o attraverso consulenze, come previsto dall'Intesa 25 luglio 2012 (Rep. atti n. 151/CSR) per i centri ospedalieri Hub.

Nella rete di terapia del dolore, come previsto dal criterio 5 della citata Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, operano figure multiprofessionali, **dotate delle competenze ed esperienze necessarie all'esecuzione delle attività della rete**: medici di medicina generale ed infermieri in possesso di adeguata formazione ed esperienza, specialisti in Anestesia e Rianimazione dedicati alla terapia del dolore e, in rapporto alle specificità delle diverse patologie, altri medici specialisti definiti dall'Accordo 10 luglio 2014 (Rep. atti n. 87/CSR) previsto dall'art. 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38) nonché le altre figure professionali ritenute essenziali, **ferme restando, in ogni caso, le competenze in ordine alla Medicina e Terapia del Dolore riservate agli specialisti in Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e del dolore.**

I principali riferimenti normativi nazionali

Emerge la necessità che questa tipologia di malati ed i loro familiari ricevano da parte del Servizio sanitario nazionale una risposta in termini di diagnosi e cura non generica, ma specifica ed adeguata ai bisogni caratteristici di chi soffre a causa di dolore.

La **legge n. 38 del 15 marzo 2010** ha sancito il diritto del cittadino italiano a non soffrire inutilmente e ad avere accesso oltre che alla Rete per le Cure palliative anche alla Rete per la Terapia del Dolore, rappresentando un punto fermo normativo preso a modello a livello internazionale.

Anche da un punto di vista tassonomico la citata legge n. 38 del 2010 ha segnato un passaggio importante in quanto nell'art. 2 ha precisamente definito la **Terapia del dolore** come *"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"*.

I successivi atti adottati in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con particolare riferimento all'**Accordo del 16 dicembre 2010** (Rep. atti n. 239/CSR) e all'**Intesa del 25 luglio 2012** (Rep. atti n. 151/CSR), unitamente al **Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70** contenente il *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi concernenti l'assistenza ospedaliera relativo ai nuovi standard ospedalieri"*, hanno affinato le indicazioni affinché ciascuna regione rendesse operative le due Reti regionali, quella della Terapia del Dolore e quella delle Cure Palliative all'interno di una cornice omogenea da un punto di vista di modello organizzativo-gestionale.

Il citato **Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 239/CSR)**, all'Allegato A, in merito alla Rete di terapia del dolore riporta quanto segue:

"Come nel caso dell'assistenza palliativa anche nel caso della rete assistenziale della Terapia del Dolore l'atto iniziale, l'Accordo di Conferenza Stato-Regioni *"Ospedale senza dolore"*, sottoscritto nel 2001 non ha prodotto i risultati attesi. La creazione di Comitati *"Ospedale senza Dolore"* in ciascun ospedale, qualora fossero stati creati e fossero effettivamente funzionanti, non è sufficiente ad assicurare l'esistenza di una effettiva rete assistenziale. Il passaggio al nuovo progetto *"Ospedale*



c249084f



Territorio senza dolore", così come indicato nell'art. 6 e nell'art. 8 della legge n. 38 del 2010, oltre a rafforzare l'attività dei Comitati "Ospedale senza dolore" favorisce l'integrazione ospedale-territorio, demandando alla struttura ospedaliera la gestione dei casi complessi e coinvolgendo nel processo assistenziale la figura del Medico di Medicina Generale, introduce il concetto di rete assistenziale anche nel campo della lotta al dolore. A differenza dell'esperienza maturata nel campo delle cure palliative, nella quale si sono sviluppate spontaneamente nelle regioni modelli di reti assistenziali diverse, in questa Rete è auspicabile sviluppare un modello assistenziale uniforme, che abbia come riferimento normativo quanto è esplicitato dall'Intesa sottoscritta in sede di Conferenza Stato-Regioni come indicato in termini di requisiti minimi e di criteri di accreditamento. Anche in questo caso l'istituzione, con appositi provvedimenti regionali e aziendali, di una struttura specificamente dedicata al coordinamento della rete rimane una scelta strategica che dovrà essere adottata in ogni regione. Le strutture attivate nei due livelli istituzionali dovranno assolvere alle seguenti funzioni:

Strutture regionali:

- concorrono al monitoraggio del sistema informativo regionale sulla Terapia del Dolore ai sensi dell'art. 9 comma 1;
- monitoraggio dello stato di attuazione della rete;
- controllo della qualità delle prestazioni e valutazione dell'appropriatezza da prevedersi nell'ambito del sistema di accreditamento;
- promozione di programmi obbligatori di formazione continua in terapia del dolore coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 comma 2 della legge n. 38 del 2010;
- definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza nell'ambito della rete.

Strutture aziendali:

- tutela del diritto del cittadino ad accedere alla terapia del dolore;
- attivazione di un sistema di erogazione di terapia del dolore basato sull'interazione di tutti i nodi della rete (centri hub, centri spoke e ambulatori dei medici di medicina generale) e coerente con quanto stabilito dall'art. 5 della legge n. 38 del 2010;
- definizione e attuazione nell'ambito della rete, dei percorsi di presa in carico e di assistenza per i malati, individuati secondo le indicazioni dell'art.2 co. 1, lettera e) della legge n. 38 del 2010;
- promozione di programmi di formazione rivolti agli operatori coinvolti nella rete di terapia del dolore ivi inclusi i MMG e ai pediatri di libera scelta;
- promozione di sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e dei percorsi assistenziali, da prevedersi nell'ambito del sistema di accreditamento.

La definizione di una nuova modalità assistenziale rivolta alla presa in carico del paziente con dolore cronico da moderato a severo impone la necessità di fornire una adeguata informazione alla cittadinanza sul percorso assistenziale costituito dai nodi della rete di cui il Medico di Medicina Generale è parte integrante.



c249084f



Altrettanto necessario è l'impegno regionale nella sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari all'uso dei farmaci oppiacei; questo sarà possibile attraverso opportune campagne di informazione circa l'appropriatezza prescrittiva in funzione della patologia clinica dolorosa.

Appare altresì indispensabile l'impegno delle direzioni aziendali a garantire l'accesso, sorvegliare l'attuazione e verificare l'efficacia dei percorsi diagnostico terapeutici sulla terapia del dolore e in ultimo controllare l'appropriatezza delle procedure clinico prescrittive.”

L'Intesa del 25 luglio 2012 recante “Definizione dei requisiti minimi e delle 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” (Rep. atti n. 151/CSR), prevede la presenza di determinati requisiti soddisfatti contemporaneamente, che di seguito si riportano sinteticamente:

1. **Struttura organizzativa regionale di coordinamento della Rete di Terapia del Dolore.**
2. **Strutture di erogazione della Rete di Terapia del Dolore;** in particolare gli ambulatori dei MMG, i centri Spoke/centri ambulatoriali di terapia del dolore, i centri Hub/centri ospedalieri di terapia del dolore.
3. **Tutela del cittadino ad accedere alla terapia del dolore,** attraverso una rete che definisce percorsi diagnostici, terapeutici, riabilitativi per garantire la presa in carico e assistenza del paziente con dolore acuti o cronico, moderato o severo, riducendone il dolore e il grado di disabilità, favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo.
4. **Continuità delle cure,** attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali. La continuità assistenziale viene supportata da sistemi informatici che consentano la condivisione dei flussi informativi tra i professionisti, soprattutto tra quelli che operano sul territorio e in ospedale, sia ai fini clinico-gestionali sia a fini di un monitoraggio dei processi e degli esiti. Il tutto nel rispetto delle regole sulla privacy.
5. **Operatività di equipe multi professionali dedicate,** ai sensi dell'art.5 comma 2, della legge n. 38 del 2010.
6. **Formazione continua degli operatori.**
7. **Misurazione del dolore,** delle capacità funzionali e della qualità della vita.
8. **Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia della persona assistita.**
9. **Programmi di informazione alla popolazione sulle TD.**
10. **Programma di valutazione delle prestazioni e sistema informativo regionale.**

L'Intesa del 19 febbraio 2015 in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. atti n. 32/CSR) prevede un cronoprogramma a 12 e 24 mesi di adeguamento per le regioni ai criteri e requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR); in particolare prevede al punto **1.2 programmi per lo sviluppo delle reti assistenziali e al punto 1.2.3. Realizzazione di reti di cure palliative e di Terapia del Dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge n.38/2010** con disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e terapia del dolore.

Il citato **DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** contiene specifiche disposizioni sulla terapia del dolore, tra cui:



c249084f



- **art. 15 Assistenza specialistica ambulatoriale** che per la prima volta include, nel nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 4, la prima visita anestesiológica/algologica: prima valutazione per terapia del dolore e programmazione di terapia specifica, 89.7A.1. Sono altresì elencate le prestazioni di terapia del dolore.
- **art. 38 Ricovero ordinario per acuti, comma 2** - Nell'ambito delle attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni cliniche, mediche e chirurgiche, ostetriche, farmaceutiche, strumentali e tecnologiche, necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico, della terapia, inclusa la terapia del dolore, o di specifici controlli clinici e strumentali.

Istituzione del codice di cure palliative e di terapia del dolore

Con decreto del Ministro della salute 21 novembre 2018, di aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 38 del 14.02.2019), sono stati individuati:

- il codice 99 "cure palliative", da utilizzare per i ricoveri in regime diurno per cure palliative, in conformità con le indicazioni di cui all'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012;
- il codice 96 "terapia del dolore", da utilizzare per i ricoveri in terapia del dolore, in conformità con le indicazioni di cui all'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012.

Riserva per le specificità delle CP e TD in ambito pediatrico

Le tabelle che seguono si riferiscono alla Rete regionale e locale di terapia del dolore, riservando ad un approfondimento successivo gli aspetti relativi alle specificità della rete pediatrica.

CAPITOLO 1: IL COORDINAMENTO REGIONALE DELLA RETE

ELEMENTI CARATTERIZZANTI LA RETE REGIONALE DI TERAPIA DEL DOLORE

Per **Rete Regionale di Terapia del Dolore** o **RRTD** si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità, e favorendone, la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo.

La Regione istituisce la Rete Regionale di Terapia del Dolore sulla base delle funzioni indicate negli Accordi Stato-Regioni successivi alla legge n. 38 del 2010 e ne garantisce il funzionamento.

Di seguito si esplicitano gli elementi caratterizzanti la Rete Regionale di Terapia del Dolore:



c249084f



Coordinamento e promozione del processo di sviluppo della Terapia del Dolore nelle strutture ospedaliere e nel territorio al fine di garantire approccio omogeneo ed equità di sistema

- a. Istituzione di un Organismo di Coordinamento Regionale, che consiste in una struttura specificatamente dedicata di coordinamento della Rete Regionale di Terapia del Dolore.
- b. La struttura organizzativa coordina e monitora l'attività e lo sviluppo della rete a livello regionale, interfacciandosi con le Aziende e i professionisti della rete come da Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR).
- c. La struttura organizzativa regionale di coordinamento della Rete di Terapia del Dolore si interfaccia con il Coordinamento regionale delle Reti di Cure Palliative per garantire la piena applicabilità e fruibilità della legge n. 38 del 2010.
- d. L'Organismo di Coordinamento della Rete dovrà assolvere le specifiche funzioni indicate dall'accordo stato regioni del 2010 in materia di linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali.
- e. Partecipazione nell'Organismo di Coordinamento Regionale dei direttori/responsabili dei centri Hub e di alcuni Spoke ed eventuali altri professionisti operanti nella rete (MMG), di altre figure utili al funzionamento della rete di TD, nonché degli organismi e rappresentanti dei cittadini per la tutela del diritto alla salute.
- f. Adozione di un atto formale di policy che contiene i valori e gli obiettivi di riferimento di medio e lungo periodo in coerenza con le scelte generali della programmazione regionale.

Sviluppo del sistema informativo

- a. Istituzione di una piattaforma informatica regionale, alla quale si collegano tutte le strutture appartenenti a ciascuna Rete di TD, che mette in condivisione il set minimo di informazioni definite a livello regionale.
- b. Definizione di indicatori e standard condivisi per l'inserimento del paziente nel percorso di cura a livello regionale che consenta e garantisca:
 - la circolazione e l'interconnessione delle informazioni sul percorso del paziente;
 - l'alimentazione dei flussi amministrativi per rispondere al debito informativo del Ministero della Salute - Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS);
 - la raccolta dei dati per la produzione della reportistica di livello regionale sul monitoraggio dello sviluppo delle reti locali di TD e in attuazione dei livelli essenziali di assistenza ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017.

Sviluppo di un sistema di monitoraggio dello stato di attuazione delle reti delle loro attività e definizione degli indicatori quali-quantitativi di TD

- a. Definizione e formalizzazione di un set di indicatori qualitativi-quantitativi per il monitoraggio delle attività delle Reti Locali di Terapia del Dolore anche al fine di misurare il soddisfacimento del bisogno di trattamenti antalgici sulla base degli standard previsti dalla normativa e dalla letteratura scientifica, nonché per valutare l'appropriatezza dei percorsi.
- b. Indicatori sulla presa in carico da parte della rete di Terapia del dolore: Le Regioni definiscono periodicamente un set di indicatori per il monitoraggio dello sviluppo e del funzionamento delle reti locali di TD, tenendo conto di quanto



c249084f



<p>previsto dal Nuovo sistema di garanzia dei LEA, con relativa reportistica da parte della rete locale di TD.</p> <p>c. Misurazione della completezza del soddisfacimento del bisogno di TD sulla base degli standard previsti della legge n. 38 del 2010.</p>
<p>Definizione degli indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e assistenza di TD</p>
<p>a. Adozione di un documento contenente linee di indirizzo e criteri omogenei sui percorsi di cura nelle fasi di accesso, valutazione multidimensionale e terapia.</p>
<p>Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in terapia del dolore coerentemente con quanto previsto dall'art. 8, comma 2, della legge n. 38 del 2010, secondo quanto indicato nell'allegato tecnico dell'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. atti n. 87/CSR)</p>
<p>I programmi coprono le seguenti aree di competenza:</p> <p>a. Competenze organizzative;</p> <p>b. Competenze psico-relazionali e psicosociali;</p> <p>c. Competenze etiche;</p> <p>d. Competenza nella ricerca;</p> <p>e. Competenze formative (ossia capacità di trasferire e comunicare le proprie competenze all'interno e all'esterno della équipe);</p> <p>f. Competenze professionali specifiche in ambito diagnostico-terapeutico sia farmacologico che invasivo.</p>

CAPITOLO 2: LA RETE LOCALE DI TERAPIA DEL DOLORE

Nella **Rete Locale di terapia del dolore (RLTD)** operano i **Centri Specialistici di Terapia del Dolore** appartenenti ad "aree territoriali" individuate dall'Organismo di Coordinamento regionale secondo gli indirizzi regionali. Il **Centro che avrà funzioni di coordinamento locale**, sarà l'Hub di riferimento presente in quell'area territoriale o, laddove non esistente, un centro Spoke, individuato dal Coordinamento regionale sulla base dei livelli di attività clinica erogata.

Ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 239/CSR), l'Organismo di Coordinamento Funzionale Locale dovrà assolvere, in stretta relazione con il Coordinamento Regionale, ai seguenti compiti:

- Coordinare il sistema di erogazione di terapia del dolore nei Centri dell'area territoriale di riferimento e dei medici di medicina generale (MMG);



c249084f



ALLEGATO B – DGR n. 222 del 02 marzo 2021

pag. 14 di 16

- Garantire nell'ambito della Rete, il recepimento e l'attuazione dei PDTA per i malati affetti da dolore acuto (qualora non controllabile dalle terapie comunemente prescritte), persistente, ricorrente o cronico.
- Promuovere programmi di formazione rivolti agli operatori coinvolti ivi inclusi MMG;
- Promuovere sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e dei percorsi di cura da prevedersi nell'ambito del sistema di accreditamento.

B



c249084f



REQUISITI DELLE RETI DI TERAPIA DEL DOLORE

1.0	Organizzazione / sistema di governo
1.1 <i>istituzione della RLTD</i>	La Rete Locale di Terapia del Dolore (RLTD) è istituita con un atto formale della Regione o dell'azienda sanitaria pubblica secondo gli indirizzi regionali
	La RLTD è una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali: centri HUB/Centri ospedalieri di TD; centri Spoke/Centri ambulatoriali di TD; ambulatori dei MMG: forme di organizzazione funzionale previste dagli accordi nazionali della medicina generale. La medicina generale costituisce parte integrante della rete. Il coordinamento della RLTD è posto in capo all'Hub di riferimento presente in quell'area o, laddove non esistente, un centro Spoke definito in base ai livelli di attività clinica e alle caratteristiche oro-geografiche e demografiche del territorio. La medicina generale, quale primo contatto che garantisce l'accesso dei cittadini alla RLTD, collabora funzionalmente con i centri Spoke.
2.0	Risorse umane, tecnologiche, economiche della RLTD
2.1	L'azienda sanitaria pubblica individuata nell'ambito territoriale come sede/capofila del coordinamento della RLTD garantisce le necessarie dotazioni di personale, strutture e tecnologie per le attività di coordinamento della rete e l'operatività della stessa.
3.0	Percorsi di cura della RLTD
3.1	La RLTD sulla base delle indicazioni del Coordinamento regionale, dispone di procedure condivise, aggiornate periodicamente, basate sulle evidenze scientifiche, per la pianificazione delle cure per l'interazione tra i diversi Centri erogatori. Le procedure sono di tipo clinico organizzativo a garanzia dell'accessibilità, integrazione dei percorsi assistenziali e continuità di cure e si applicano in modo omogeneo a tutte le strutture afferenti alla rete locale di TD.
4.0	Percorsi integrati e multimodali di cura (PDTA)
4.1	Nell'ambito della RLTD vengono adottati PDTA specifici al fine di garantire percorsi di cura omogenei, appropriati ed efficaci
5.0	Monitoraggio della Qualità
5.1	La RLTD assicura il monitoraggio della qualità dei processi di cura e assistenza erogati nell'ambito della Rete locale in coerenza con il sistema sviluppato a livello regionale.
5.2	All'interno della RLTD si effettuano periodicamente audit di rete, formalizzati e documentati, per la discussione ed il miglioramento degli aspetti organizzativi e assistenziali dei percorsi di cura.
6.0	Processi di supporto: Formazione continua degli operatori della rete



c249084f



ALLEGATO B DGR n. 222 del 02 marzo 2021

pag. 16 di 16

6.1	L'organismo di coordinamento, d'intesa con le strutture che compongono la rete, definisce il piano di formazione annuale multidisciplinare e multiprofessionale per gli operatori della rete individuando i relativi obiettivi formativi in coerenza con quanto previsto dall'art. 8, comma 2, della legge n. 38 del 2010, dall'Accordo 10 luglio 2014 (Rep. atti n. 87/CSR) e dai programmi obbligatori di formazione continua di terapia del dolore regionali.
6.2	L'organismo di coordinamento, d'intesa con le strutture che compongono la rete, promuove e monitora il grado di raggiungimento degli obiettivi formativi tramite reportistiche delle strutture sanitarie operanti nella rete e tramite i Dossier formativi individuali dei professionisti operanti nella rete sono annualmente verificati dall'organismo di coordinamento
7.0	Processi strategico gestionali: comunicazione/trasparenza
7.1	L'azienda sanitaria pubblica sede/capofila della Rete Locale di TD istituisce una pagina dedicata sul proprio sito aziendale nella quale mette a disposizione le informazioni sulle funzioni svolte dalla Rete Locale di TD e dalle strutture che la costituiscono.



c249084f

